LUDWIKA
KONIECZNA-NOWAK

Wprowadzenie do muzykoterapii

impuls

Ludwika
Konieczna-Nowak

Wprowadzenie
do muzykoterapii

impuls

Kraków 2013

Spis treści

Wstęp

Część I Definicje, podstawy teoretyczne, modele, techniki

Wprowadzenie

Przegląd definicji muzykoterapii

Muzyka w muzykoterapii

Podstawy teoretyczne muzykoterapii

- Perspektywa psychologiczna
- Psychofizjologia i neuronauki
- Estetyka

Klasyfikacje działań muzykoterapeutycznycht

Sposoby oddziaływania w muzykoterapii

Modele

Techniki

- Komponowanie
- Improwizacja
- Wykonywanie/odtwarzanie
- Słuchanie
- Techniki łączone

Część II Organizacja procesu muzykoterapeutycznego

Wprowadzenie

Rozpoznanie

Cele, plany, realizacja, ewaluacja

Część III Muzykoterapia dzieci, dorosłych, osób starszych

Wprowadzenie

Muzykoterapia dzieci i młodzieży

Rozwój muzyczny dziecka

Młodzież i muzyka – rola muzyki, preferencje muzyczne

Muzykoterapia dzieci i młodzieży z zaburzeniami emocji i zachowania

Wprowadzenie

Zaburzenia emocji i zachowania a niedostosowanie społeczne

Zaburzenia emocji i zachowania a klasyfikacja psychiatryczna

Typologia zaburzeń

Przyczyny zaburzeń emocji i zachowania

Muzykoterapia w zaburzeniach emocji i zachowania

Cele, formy oddziaływania

Praktyka muzykoterapeutyczna

Stan badań

Dorośli z zaburzeniami psychicznymi

Wprowadzenie

Charakterystyka zaburzeń

Cele, formy oddziaływania

Stan badań

Muzykoterapia osób starszych

Muzykoterapia zdrowych seniorów

Wprowadzenie

Cele, formy oddziaływania
Stan badań
Muzykoterapia w otępieniu
Wprowadzenie
Cele, formy oddziaływania
Stan badań
Bibliografia
Strona redakcyjna

Wstęp

Muzykoterapia to – moim zdaniem – fascynująca dziedzina. Połączenie nauki i sztuki, pogranicze różnych dyscyplin, intensywnie międzyludzka praktyka, uzasadniana w rozmaitych kontekstach, wielowymiarowe badania... Niełatwo muzykoterapię zaszufladkować, uporządkować, jednoznacznie objaśnić. Mam nadzieję, że ta książka spełni – choć trochę – rolę przewodnika po muzykoterapeutycznych zagadnieniach.

Wprowadzenie do muzykoterapii stanowi w pewnej mierze zmodyfikowaną wersję rozprawy doktorskiej, zatytułowanej Muzykoterapia a funkcjonowanie społeczne dzieci i młodzieży z zaburzeniami emocji i zachowania, napisanej przeze mnie pod kierunkiem prof. Barbary Kamińskiej (przewód doktorski przeprowadzono na Uniwersytecie Muzycznym Fryderyka Chopina w Warszawie, recenzenci: prof. Zofia Konaszkiewicz, prof. Katarzyna Krasoń). Książka składa się z trzech części. Pierwsza z nich obejmuje problematykę definicji muzykoterapii, przedstawia jej podstawy teoretyczne, zawiera zwięzły opis stosowanych w praktyce modeli i technik muzykoterapeutycznych. Charakterystyka procesu terapeutycznego wraz z wyjaśnieniem jego kluczowych elementów stanowi treść części drugiej. Fragment ostatni prezentuje możliwości stosowania muzykoterapii w kontekście konkretnych grup: dzieci i młodzieży, dorosłych i osób starszych.

Ze względu na zakres moich zainteresowań najwięcej miejsca poświęciłam muzykoterapii dzieci i młodzieży z problemami, które określa się jako zaburzenia emocji i zachowania oraz niedostosowanie społeczne. Praktyczna praca muzykoterapeutyczna z tymi młodymi ludźmi jest dla mnie nieustanną przygodą, inspiruje mnie życiowo i dostarcza mi wiele satysfakcji. Rozdziały poświęcone

muzykoterapii z osobami dorosłymi z zaburzeniami psychicznymi oraz seniorami z pewnością zasługują na poszerzenie; liczę na to, że w polskim środowisku muzykoterapeutycznym ktoś poświęci im osobną monografię.

Mam nadzieję, że książka ta okaże się pożyteczną lekturą zarówno dla studentów muzykoterapii, jak i dla działających już zawodowców.

Część I

Definicje, podstawy teoretyczne, modele, techniki

Wprowadzenie

Termin „muzykoterapia” używany jest w różnych znaczeniach – jako określenie aktywności terapeutycznej z zastosowaniem muzyki, jako nazwa dziedziny wiedzy, nauka dotycząca tego rodzaju procesu terapeutycznego oraz jako profesja związana z jedną z form interwencji terapeutycznych. Problem wieloznaczności terminu dostrzega T. Natanson (1979).

> Pod terminem **muzykoterapia** rozumieć można tak praktyczną działalność, jak też i wiedzę i naukę o niej, zajmującą się teorią muzykoterapii, w tym badaniem praw rządzących kształtowaniem się wzajemnych stosunków pomiędzy człowiekiem a muzyką (Natanson, 1979, s. 51).

Inaczej rzecz widzi K. Bruscia (1998), który integrując wiedzę teoretyczną z praktyką, dostrzega jednak dychotomię widoczną między tak pojętą dyscypliną a profesją, z jaką się ona wiąże.

> Jako **dyscyplina** [muzykoterapia – przyp. L. K.-N.] jest zorganizowaną wiedzą, złożoną z praktyki, teorii i badań dotyczących terapeutycznych zastosowań muzyki. Jako profesja określa zorganizowaną grupę ludzi używających tej wiedzy w swoim zawodzie [...] (Bruscia, 1998, s. 14)[1].

W niniejszej książce, ze względu na jej charakter, wątek muzykoterapii jako profesji potraktowany zostanie marginalnie, pojęcie to będzie zaś stosowane głównie w odniesieniu do wiedzy i praktyki w tym zakresie.

---

1 Tłumaczenie wszystkich fragmentów obcojęzycznych publikacji na język polski – L. Konieczna-Nowak.

Przegląd definicji muzykoterapii

Definiowanie muzykoterapii nie jest zadaniem łatwym ze względu na wieloaspektowość jej stosowania, szerokie spektrum oddziaływań oraz pomostowy charakter dyscypliny integrującej elementy wielu dziedzin naukowych (jak psychologia, pedagogika, medycyna, muzykologia, socjologia itd.) z oddziaływaniem artystycznym (istniejącym z kolei na autonomicznych prawach sztuki i związanym z rozważaniami estetycznymi o filozoficznym charakterze). Ponadto muzykoterapia w kontekście naukowym jest dyscypliną stosunkowo młodą, będącą w fazie intensywnego rozwoju. Tym trudniej – przy pojawiających się wciąż nowych badaniach związanych z samą muzykoterapią lub dyscyplinami jej pokrewnymi, których dokonania pozostają jednak w ścisłej z nią zależności – zaproponować kompletną jej definicję. Stworzenie spójnego i wyczerpującego opisu wiąże się z koniecznością zastosowania uogólnień bądź niebezpieczeństwem nadmiernego uszczegółowienia. Podejmując próbę stworzenia definicji muzykoterapii, K. Bruscia (1998) podsumowuje: muzykoterapia

> [...] jako wiedza (*knowledge*) i praktyka jest transdyscyplinarną hybrydą dwóch dziedzin, muzyki i terapii, z których obie posiadają niejasne granice i same w sobie są trudne do zdefiniowania; jako fuzja muzyki i terapii jest jednocześnie sztuką, nauką i procesem interpersonalnym; jako forma terapeutyczna (*treatment modality*) jest niezwykle zróżnicowana w zastosowaniach, celach, metodach i orientacjach teoretycznych; jako światowa tradycja pozostaje pod wpływem różnic kulturowych; jako dyscyplina i profesja posiada podwójną tożsamość; jako młoda dziedzina jest wciąż w procesie stawania się (Bruscia, 1998, s. 6).

Trudności te nie zniechęcają jednak ani K. Bruscii, ani innych muzykoterapeutów, mierzących się z problemem definiowania muzykoterapii. Nie zakładając możliwości utworzenia definicji

idealnej, proces formułowania i będącą jego produktem refleksję teoretyczną uważają oni za cenne same w sobie.

Próby skonstruowania adekwatnej definicji muzykoterapii były i są podejmowane indywidualnie przez specjalistów w tej dziedzinie – zarówno praktyków, jak i teoretyków czy badaczy. Także organizacje i stowarzyszenia proponują swoje objaśnienia tego terminu. W zależności od przyjętych postaw i perspektyw teoretycznych, z którymi identyfikują się osoby czy grupy definiujące, różne aspekty praktyki i wiedzy o muzykoterapii wysuwają się w nich na pierwszy plan. Nie chodzi tu wyłącznie o poglądy związane specyficznie z muzykoterapią. Na kształt definicji składają się także dużo głębsze i ogólniejsze przekonania dotyczące filozofii muzyki, terapii, zdrowia i choroby, a nawet sensu i jakości życia. W sposób mniej lub bardziej wyraźny definicja ujawnia postawę życiową definiującego (Bruscia, 1998, s. 4).

Posługując się zasadą budowania definicji klasycznej, można by powiedzieć, że muzykoterapia to terapia (*genus proximum*) z zastosowaniem muzyki (*differentia specifica*), jednak taka „różnica swoista" zdecydowanie wymaga doprecyzowania. Jednym z podstawowych zagadnień, które wyznacza kierunek tych rozważań, jest – obok teoretycznej perspektywy – problem pierwszoplanowego medium, narzędzia umożliwiającego osiągnięcie terapeutycznych rezultatów. Muzykoterapię konstytuuje obecność terapeuty i muzyki (Bruscia, 1998, s. 40). Jednak w poszczególnych sytuacjach potencjał terapeutyczny może mieć swoje źródło w każdym z tych czynników w równej mierze – lub wypływać bardziej z właściwości samej muzyki lub osoby terapeuty. Mowa tutaj o użyciu **muzyki jako terapii** w przeciwieństwie do stosowania **muzyki w terapii**. W pierwszym przypadku sama muzyka staje się czynnikiem terapeutycznym, w drugim może stanowić swoisty pretekst dla nadbudowanego na niej procesu terapeutycznego – ważna jest nie tylko ona, lecz także, a może nawet przede wszystkim, relacje terapeutyczne powstałe dzięki obecności terapeuty (Bruscia, 1998, s. 39).

Definicje stanowią swego rodzaju odbicie tkwiących u ich podstaw założeń dotyczących między innymi kształtowania się tego

właśnie „balansu". Choć uwzględniają oczywiście obecność obu czynników: muzyki i terapeuty, to koncentrują się często bardziej na jednym z nich, pośrednio wskazując jego priorytetowość. Kilka poniższych propozycji zdaje się związanych z rozumieniem roli muzyki jako bezpośredniego czynnika terapeutycznego, czyli muzyki jako terapii.

Według zwięzłej definicji proponowanej przez T. Natansona (1979), najszerzej chyba reprezentowanej w nauce polskiej, muzykoterapia jest „metodą postępowania, wielostronnie wykorzystującą wieloraki wpływ muzyki na psychosomatyczny ustrój człowieka" (Natanson, 1979, s. 51). W tym przypadku nacisk położony jest na wpływ samej muzyki. Zastosowanie go, zgodnie z pewną metodą, może mieć terapeutyczny skutek.

Samą muzykę umieszczają w centrum także muzykoterapeuci australijscy, wzbogacając jednak definicję o bardzo ogólnie sformułowane cele:

> [...] muzykoterapia jest [...] zaplanowanym i kreatywnym użyciem muzyki dla osiągnięcia i utrzymania zdrowia i dobrostanu (*well being*). Ludzie, bez względu na wiek i możliwości, mogą skorzystać dzięki muzykoterapii, bez względu na muzyczne umiejętności i przygotowanie (*background*) (*What is music therapy?*, 2011b).

Tu jednak, bardziej niż u T. Natansona, na skutek zastosowania zwrotu „zaplanowane i kreatywne użycie muzyki", nie wprost, ale przez milczące założenie, domyślnie, obecna jest postać muzykoterapeuty, który we wskazany sposób będzie w stanie muzyki użyć. Narzędziem, którego odpowiednie zastosowanie ma przynieść terapeutyczne skutki, nadal jednak jest wyłącznie muzyka.

T. Wigram, I.N. Pedersen, L.O. Bonde (2004) proponują definicję, która precyzuje zarówno potencjalnych odbiorców, jak i możliwe okoliczności stosowania muzykoterapii. Dla nich ta dziedzina to

> [...] użycie muzyki w sytuacjach klinicznych, edukacyjnych i społecznych, w celu leczenia/wspomagania (*to treat*) klientów lub pacjentów z medycznymi, edukacyjnymi i psychologicznymi potrzebami (Wigram, Pedersen, Bonde, 2004, s. 29).

Tu, podobnie jak w definicji australijskiej, zasygnalizowane jest użycie muzyki jako aktywności prowadzącej do realizacji terapeutycznych celów, jednak bez określenia charakteru i funkcji użytkownika. Z definicji tej nie wynika jednak konieczność obecności terapeuty – osoby niezależnej od klienta/pacjenta. Zgodnie z nią można by uznać, że osoba słuchająca muzyki w celu poprawienia sobie nastroju (potrzeba psychologiczna) podczas pobytu w szpitalu (sytuacja kliniczna) poddawana jest muzykoterapii, jednocześnie grając rolę terapeuty i klienta. Muzykoterapią można by nazwać także na przykład wprowadzanie piosenek w nauce języków obcych (potrzeba i sytuacja edukacyjna) – funkcję muzykoterapeuty pełniłby wówczas nauczyciel języka.

Problem roli muzykoterapeuty – jako wykwalifikowanego profesjonalisty, która jest wysoce istotna w procesie muzykoterapeutycznym, szerzej zostanie ujęty w dalszej części rozdziału, gdy wymienione będą niektóre definicje związane bardziej z postrzeganiem elementu muzycznego jako **muzyki w terapii**.

Definicja proponowana przez E. Lecourt (2008) sugeruje – podobnie jak ta w wersji australijskiej – obecność terapeuty; jest jednak bardziej szczegółowa w zakresie możliwości stosowania, ujawniając jednocześnie perspektywę teoretyczną autorki, przychylającej się do psychologicznego kontekstu muzykoterapii – dla E. Lecourt muzykoterapia bliska jest założeniom psychoanalizy (Lecourt, 2008, s. 7).

> Muzykoterapia to forma psychoterapii, rehabilitacji lub pomocy psychomuzycznej, która wykorzystuje dźwięk oraz muzykę – w każdej możliwej formie – jako środek wyrazu, komunikacji, strukturyzacji oraz analizy relacji. Stosowana jest zarówno indywidualnie, jak i grupowo, w pracy z dziećmi i osobami dorosłymi (Lecourt, 2008, s. 6).

Bardzo istotnym i różnicującym względem poprzednich definicji elementem wydaje się poszerzenie zakresu samego medium terapeutycznego – jest nim nie tylko muzyka, lecz również dźwięk. Uwidacznia się tutaj kolejne utrudnienie i powód różnorodności w definiowaniu muzykoterapii: problem dotyczący definicji samej muzyki oraz kryteriów, które miałyby ją konstytuować. K. Bruscia

(1998) stwierdza, że muzyka w muzykoterapii jest jeszcze trudniejsza do zdefiniowania niż sama w sobie – ze względu na fakt, że proces terapeutyczny nie polega w gruncie rzeczy na muzyce, lecz raczej na doświadczaniu jej przez klienta w danym kontekście.

We wspomnianej definicji E. Lecourt (2008) uwzględniła dwa elementy – dźwięk i muzykę, w swym rozumieniu pojęcia obejmując szerokie spektrum perspektyw. Założenie, że termin „muzyka" w definicjach dotyczących muzykoterapii rozumiany jest właśnie w taki szeroki sposób, wydaje się naturalne, jednak niektórzy, podobnie jak E. Lecourt, doprecyzowują ten element definicji. Podkreślenie terapeutycznych aspektów wytworów dźwiękowych niekoniecznie mających walory artystyczne znajduje się w definicjach muzykoterapeutów polskich – bardziej rozbudowanej definicji wspomnianego już T. Natansona oraz E. Galińskiej, autorki hasła „muzykoterapia" w *Encyklopedii muzyki* (1995). W późniejszym tekście T. Natanson proponuje takie spojrzenie na muzykoterapię:

> Muzykoterapia jest jednym spośród działań zmierzających w kierunku rehumanizacji współczesnego życia przez wielostronne wykorzystanie wielorakich walorów substancji muzycznej w celu ochrony i przywracania ludzkiego zdrowia oraz w celu korzystnego wpływania na współkształtowanie zarówno środowiska, w którym człowiek żyje i działa, jak i panujące w nim stosunki międzyludzkie (Natanson, 1988, s. 123).

W tym humanistycznym ujęciu „muzyka" została zastąpiona „wielorakimi walorami substancji muzycznej", a szeroko zakrojony kontekst ujawnia pogląd autora na rzeczywistość (określony jako dehumanizacja) oraz – ogólniejszy niż indywidualny – wymiar działań muzykoterapeutycznych, mających potencjał umożliwiający społeczne przemiany. Encyklopedyczna propozycja E. Galińskiej (1995) brzmi:

> Muzykoterapia – systematyczne i metodyczne zastosowanie muzyki w procesie diagnozy, leczenia i rozwoju osobowości [...]. W odniesieniu do głównych jej zakresów, tj. psychiatrii i pedagogiki specjalnej, muzykoterapia oznacza formę psychoterapii i reedukacji, posługującą się muzyką i jej elementami [...] jako środkami ekspresji emocjonalnej i komunikacji niewerbalnej. Muzyka w muzykoterapii rozumiana jest nie jako gotowy, zewnętrzny obiekt, lecz jako wewnętrzny proces zachodzący

> w człowieku, a wyrażający się w postaci indywidualnego języka i zachowania muzycznego. [...] Stanowi ona [muzyka – przyp. L. K.-N.] ogniwo pośredniczące w relacji terapeutycznej, rozumianej jako interakcje między pacjentem a terapeutą lub otoczeniem [...] (Galińska, 1995, s. 592).

W definicji tej, ujawniającej teoretyczne inklinacje autorki, sytuujące się w nurcie psychologicznym o zabarwieniu psychoanalitycznym i poznawczym, oraz zawierającej informacje dotyczące głównych pól stosowania muzykoterapii (oparte raczej na realiach polskich – w poszczególnych regionach świata obszary, w których muzykoterapia jest najpopularniejsza, bywają różne), znów zastosowano uściślenie dotyczące narzędzia terapeutycznego – mowa tutaj o muzyce i jej elementach.

Przytaczając definicje polskich autorów, wymienić można jeszcze jedną, którą przyjmuje M. Kierył (1996): muzykoterapia to

> [...] ukierunkowane, wielofunkcyjne, kompleksowe, systematyczne wykorzystanie muzyki jako uzupełnienie leczenia zabiegowego, farmakologicznego, rehabilitacyjnego, psychoterapii i pedagogiki specjalnej (Kierył, 1996, s. 24).

Takie spojrzenie jest bardzo pojemne i bardziej zbliża muzykoterapię do działań typowo medycznych. Jednocześnie wskazuje na niesamodzielność tego rodzaju terapii, zawierając informację o jej uzupełniającym charakterze.

Podsumowując wątek **muzyki jako terapii** w różnych definicjach i ujęciach, można uznać, że tym, co lecz ące, wspomagające i usprawniające, są wszystkie niemal aspekty istnienia muzyki, rozumianej jako czasowo ustrukturyzowany przebieg zjawisk akustycznych – od właściwości samego dźwięku[1], poprzez cechy poszczególnych elementów dzieła muzycznego, aż po kompletne produkty tejże twórczości.

Dwie z wymienionych definicji autorów polskich mają dodatkowy element – podkreślają mianowicie potencjał oddziaływań terapeutycznych w kontekście społecznym. T. Natanson (1988) widzi pozytywny wpływ stosowania muzykoterapii na środowisko zewnętrzne i relacje międzyludzkie. E. Galińska (1995) sugeruje, że

muzyka pełni rolę pośrednika między osobą poddawaną terapii a otoczeniem. Pośredniczy ona także w relacji z terapeutą. W tym miejscu można zatem zacząć mówić o muzyce w terapii – sytuacji, gdzie tworzywo muzyczne przestaje być traktowane jako substytut leku, a muzyka pojawia się w charakterze pośrednika, pretekstu, kontekstu lub jedynie elementu terapeutycznych działań. Definicja proponowana przez francuskie Stowarzyszenie Muzykoterapeutów wyraża wprost taką perspektywę: muzykoterapia to „użycie dźwięków i muzyki w psychoterapeutycznej relacji" (za: Bruscia, 1998, s. 270). Zatem psychoterapeutyczna relacja niesie ciężar odpowiedzialności za skutki terapii, a zjawiska dźwiękowe stanowią równocześnie medium i płaszczyznę, na której proces terapeutyczny może się kształtować. Warto zauważyć obecne w definicji zawężenie pojęcia „muzykoterapia" do dziedziny psychoterapeutycznej, ograniczające pole możliwości jej stosowania bardziej niż którakolwiek z wymienionych wcześniej propozycji. L. Bunt (1999), muzykoterapeuta brytyjski, jest autorem innej jeszcze definicji – podkreślającej wagę relacji w procesie muzykoterapii:

> [...] użycie dźwięków i muzyki w ramach ewoluującej relacji między klientem i terapeutą w celu wspierania i wspomagania (*encourage*) fizycznego, psychicznego, społecznego i emocjonalnego dobrostanu (*well-being*) (Bunt, 1999, s. 8).

W tym przypadku, podobnie jak w definicji francuskiej, elementy muzyczne stosowane są w ramach relacji, która dzięki nim zmienia się i ulega modyfikacjom. Cel tych działań jest jednak widziany szerzej – także w wymiarze fizycznym.

Definicja K. Bruscii (1998), stosowana szeroko przede wszystkim w Stanach Zjednoczonych, ukazuje muzykoterapię jako zjawisko bazujące przede wszystkim na relacjach, zależnościach:

> Muzykoterapia to usystematyzowany proces interwencji (*process of intervention*), w ramach którego terapeuta wspomaga klienta w osiąganiu/wspieraniu/promowaniu (*promote*) zdrowia, używając doświadczeń muzycznych oraz relacji, które wykształcają się dzięki nim, jako dynamicznych sił umożliwiających zmiany (Bruscia, 1998, s. 20).

Definicja ta bardzo wyraźnie podkreśla wagę relacji w procesie terapeutycznym; w uszczegółowionym opisie definicji K. Bruscia stwierdza, że kluczową rolę w procesie terapeutycznym pełni relacja między klientem a terapeutą oraz między klientem a muzyką, natomiast relacje, które wykształcają się na gruncie muzycznych doświadczeń, mogą być intrapersonalne i intramuzyczne oraz interpersonalne i intermuzyczne (Bruscia, 1998, s. 23).

B. Wheeler, C. Shultis i D. Polen [(red.), 2005] dokonały analizy tej definicji, wyjaśniając i precyzując poszczególne jej elementy:

- muzykoterapia jest usystematyzowana, zatem nie przypadkowa;
- jest procesem – przebiega więc w czasie;
- składa się z interwencji – w jej ramach podejmowane są zadania;
- terapeuta wspomaga klienta – ta część definicji ukazuje prawidłowy kierunek oddziaływań;
- prowadzi do poprawy zdrowia – jakkolwiek by go nie definiować i rozumieć;
- używa doświadczeń muzycznych – to one są więc podstawą muzykoterapii;
- na podstawie doświadczeń muzycznych tworzą się relacje;
- proces jest dynamiczny, a dynamika ta prowadzi do zmian.

World Federation of Music Therapy przyjmuje wyjaśnienie, które można uznać za podsumowanie elementów pojawiających się w powyższych propozycjach.

> Muzykoterapia jest profesjonalnym/zawodowym stosowaniem muzyki i jej elementów jako interwencji w medycznych, edukacyjnych i naturalnych/codziennych (everyday) środowiskach z klientami indywidualnymi, grupami, rodzinami i społecznościami poszukującymi możliwości zoptymalizowania jakości życia i poprawy fizycznego, społecznego, emocjonalnego, intelektualnego i duchowego zdrowia oraz dobrostanu. Badania, praktyka i edukacja oraz trening kliniczny w muzykoterapii oparte są o profesjonalne standardy, odpowiednie dla kontekstu kulturalnego, społecznego i politycznego (*What is music therapy?*, 2011c).

Taki opis nie pozostawia wątpliwości co do charakteru stosowanego narzędzia (muzyka i jej elementy), koniecznych kwalifikacji zawodowych prowadzącego (profesjonalizm i standaryzacja działań), możliwych form i celów oddziaływania. Muzyka oraz jej elementy stanowią medium, jakim posługuje się muzykoterapeuta w realizacji różnych działań w odmiennych okolicznościach.

Aspektem wyjątkowo mocno zaakcentowanym w definicji jest profesjonalizm wszystkich sfer muzykoterapii – praktycznej, badawczej i edukacyjnej, który zależy jednak od kontekstu. Podkreślenie profesjonalizmu muzykoterapii znalazło swoje miejsce w definicji intencjonalnie, w celu odcięcia się od działań paramuzykoterapeutycznych, których charakter, choć może nie zawsze szkodliwy, z pewnością nie zostaje poparty rezultatami wiarygodnych badań, stanowiących podstawę muzykoterapii traktowanej ściśle naukowo.

American Music Therapy Association jeszcze silniej kładzie nacisk na ten wątek, formułując definicję następująco:

> Muzykoterapia jest klinicznym i opartym na dowodach (*evidence-based*) użyciem interwencji muzycznych, po to by osiągnąć zindywidualizowane cele w ramach terapeutycznej relacji, z akredytowanym/posiadającym kwalifikacje (credentialed) terapeutą, który ukończył zaaprobowany (*approved*) kurs muzykoterapii (*What is music therapy?*, 2011a).

Stricte naukowy charakter tak pojętej muzykoterapii uwidacznia informacja o „oparciu na dowodach", a wskazanie na konieczność posiadanej akredytacji odnosi się już ściśle do warunków amerykańskich, gdzie – by prowadzić wiarygodną działalność muzykoterapeutyczną – trzeba mieć akredytację AMTA, przyznawaną na podstawie zdanego egzaminu. Ostatnia propozycja pokazuje, że definicje muzykoterapii mogą być zależne nie tylko od postaw teoretycznych czy charakteru klinicznej działalności ich autorów, lecz także od codziennych realiów, w których jej realizacja następuje.

---

1 Właściwości samego dźwięku i ich ewentualny potencjał terapeutyczny są przedmiotem badań zwolenników terapii dźwiękiem; nurt ten bywa zaliczany

do muzykoterapii, częściej jednak pojawia się osobno, jako zagadnienie jej bliskie, lecz nie równoznaczne. W Polsce opracowania materiałów na ten temat dokonała L. Kataryńczuk-Mania – w publikacji *Terapia dźwiękiem* (Uniwersytet Zielonogórski, 2007) przedstawiono zarówno doniesienia badawcze, jak i sugestie dotyczące zastosowań praktycznych.

Muzyka w muzykoterapii

Rozważając, czym jest muzykoterapia, nie sposób uniknąć pytania o to, jak rozumie się jej podstawowe medium, czyli muzykę. Można założyć, że większość muzykoterapeutów, nie precyzując swego poglądu na muzykę, odnosi się do niej zgodnie z encyklopedyczną formułą, wedle której ta dziedzina to „sztuka, której tworzywem są dźwięki organizowane zwłaszcza w czasie" (*Encyklopedia popularna PWN*, 1991, s. 541). Najaktualniejsza encyklopedia internetowa PWN stawia sprawę nieco inaczej, budując definicję nie tylko wokół tworzywa muzycznego, dźwięku, lecz również wokół jego źródeł. Według niej muzyka to

> [...] sztuka, której tworzywem są percypowane przez ludzi dźwięki, wytwarzane przez nich głosem i/lub za pomocą instrumentów muzycznych; źródłami dźwięku są: głos ludzki, instrumenty muzyczne i przyrządy elektroakustyczne. [...] (*Encyklopedia PWN*, 2013).

Druga propozycja wydaje się w kontekście muzykoterapii mniej przekonująca, właśnie ze względu na doprecyzowanie źródła dźwięku – w sytuacji terapeutycznej może się nim stać każdy przedmiot, z użyciem którego da się dźwięk wydobyć; element ten staje się wówczas swoistym instrumentem, trudno jednak zaklasyfikować go do tradycyjnie pojmowanej grupy instrumentów muzycznych.

T. Natanson (1976, praca doktorska, za: Metera, 2006, s. 35), opisując narzędzie, jakie stosuje muzykoterapia, uściśla:

> [...] narzędzie muzykoterapii rozumiemy zarówno jako zbiór elementarnych zjawisk akustycznych a nawet ich wyodrębnionych parametrów, jak też jako w różnym stopniu zorganizowane struktury czy sekwencje, które w najwyższym stadium swego zorganizowania według określonych prawidłowości, przybierają postać utworów muzycznych (za: Metera, 2006, s. 35).

Mogłoby się wydawać, że takie ujęcie nie wartościuje zjawisk dźwiękowych stosowanych w muzykoterapii, nie hierarchizuje także gatunków. Jednak ten sam autor, w książce *Programowanie muzyki terapeutycznej* (1992), główne oddziaływanie terapeutyczne przypisuje dziełom tzw. poważnym, klasycznym. Wybór ten argumentuje stwierdzeniem, że muzyka poważna

> [...] z racji swej naturalnej funkcji społecznej jest bardziej niż inne gatunki zdolna do wywoływania głębszych przeżyć emocjonalnych u odbiorcy i wykazuje największą zdolność nastrojotwórczą (Natanson, 1992, s. 142).

W tym kontekście T. Natanson (1992) proponuje także klasyfikację form muzycznych w aspekcie potrzeb muzykoterapii. Używa między innymi terminu „muzyka programowa", jednak nadaje mu nieco inne znaczenie niż to ogólnie przyjęte w naukach o muzyce. Wyróżnia trzy grupy form muzycznych:

- formy muzyki programowej (tu dzieła, których składnik immanentny stanowi tekst – opery, pieśni, kantaty itd.),
- formy pośrednie (typ I – utwory z pozamuzycznym tytułem nadanym przez kompozytora lub później przez słuchaczy; typ II – utwory o charakterze użytkowym, np. formy taneczne),
- formy autonomiczne (pozostałe gatunki absolutnej muzyki instrumentalnej) (Natanson, 1992, s. 140).

Po przedstawieniu klasyfikacji autor formułuje szereg wskazań związanych z konkretnymi cechami utworów, koncentrując się przede wszystkim właśnie na formie. Choć przedstawione przez niego rozważania niewątpliwie mają wartość, a tezy są rzetelnie uargumentowane, to jednak wydaje się, że ze względu na pierwotne założenie (koncentracja na muzyce klasycznej) mogą znaleźć jedynie wąskie zastosowanie, ograniczone do sytuacji, w których ten gatunek stanowi podstawę terapii. Zarówno przegląd współczesnej literatury muzykoterapeutycznej, jak i doświadczenia praktyczne klinicystów wskazują bowiem, iż przekonanie, że narzędziem muzykoterapii może być jedynie – czy nawet przede wszystkim – muzyka wysoce artystyczna, w jej najbogatszej estetycznie odsłonie, jest po prostu mylne. W konkretnych technikach czy ćwiczeniach

mogą być – a wręcz przede wszystkim są – wykorzystane gatunki „rozrywkowe", popowe, a także ludowe, ich potencjalna skuteczność zaś – w odpowiednich kontekstach – okazuje się wyższa. Trafnie zauważa K. Stachyra (2012b), że siła muzyki tkwi w „elastyczności, polisemantyczności, mnogości stylów i gatunków" (Stachyra, 2012b, s. 62); stwierdza również, że istotniejsze od tego, jaką muzykę zastosuje terapeuta, jest to, w jaki sposób uzasadni ją w terapii.

Warto znów podkreślić fakt, że muzyka w muzykoterapii pełnić może różne role – centralne i peryferyjne. Jak wspominano w rozdziale 1, mamy do czynienia **z muzyką jako terapią i muzyką w terapii**. Jednak w obu przypadkach jest ona medium, narzędziem. Samodzielnie niemal nigdy nie jest w stanie wywołać tych samych efektów, jakie przynieść może w dobrze zaplanowanym procesie muzykoterapeutycznym. Przykładem ukazującym różnicę między potencjałem samej muzyki a wykorzystaniem tegoż potencjału w terapii jest refleksja nad funkcjonowaniem elementu emocjonalnego, niewątpliwie wiązanego z samą muzyką i jednocześnie często eksplorowanego w sytuacjach terapeutycznych. Psycholodzy muzyki – P. Juslin i J. Sloboda [(red.), 2001] – przyjęli, że źródła muzycznych emocji sklasyfikowane mogą być na dwóch poziomach: wewnętrznym – gdy są bezpośrednią pochodną konkretnych struktur muzycznych, lub zewnętrznym – gdzie wyodrębniono źródła ikoniczne i skojarzeniowe. Źródła ikoniczne odnoszą się do formalnego podobieństwa między muzyczną strukturą a emocją bądź sytuacją. Źródła skojarzeniowe są jednostkowe, wynikają ze ściśle indywidualnych doświadczeń życiowych. Każde ze źródeł można wykorzystać do różnych celów – dla muzykoterapeuty szczególnie cenne wydają się źródła zewnętrzne. Źródła skojarzeniowe pozwalają na badanie subiektywnych znaczeń jednostki, umożliwiają zdobycie materiału diagnostycznego oraz pracę nad indywidualnymi problemami. Dzięki źródłom ikonicznym możliwa jest praca grupowa lub odnoszenie się do wspólnych, ogólnych znaczeń. Można zatem stwierdzić, że choć przeżywanie emocji przy muzyce odbywa się niejako samoczynnie, bez udziału dodatkowych osób, to jasne jest, że samo emocjonalne przeżycie może mieć różnoraki charakter: terapeutyczny, obojętny,

bądź wręcz destrukcyjny. Rolą terapeuty jest takie zaplanowanie sesji, by emocjonalnemu poruszeniu nadać maksymalnie terapeutyczny wymiar.

Istotne pytanie o muzykę w muzykoterapii dotyczy sposobu jej doboru. Jakiej muzyki użyć w danej sytuacji terapeutycznej? Czy istnieją dzieła, gatunki adekwatne do konkretnych populacji czy zaburzeń? Niestety, odpowiedzi na te pytania nie są proste, jednoznaczne. Wszelkie „muzycznej apteczki" zawierające utwory możliwe do przepisania chorym są naukowo nieuzasadnione, brak jakichkolwiek recept. Punktem wyjścia muszą się stać zawsze preferencje klienta, kontekst jego funkcjonowania oraz cel działania. Muzyka stosowana w muzykoterapii, aby ujawnić swój terapeutycznych potencjał, musi trafić do odbiorcy, zatem terapeuta powinien wziąć pod uwagę jego muzyczne środowisko.

Zasadą działającą w muzykoterapii (i nie tylko) na wielu poziomach jest tzw. zasada ISO (z gr. *isos* – równy). Głosi ona, że wybór muzyki rozpoczynającej pracę z klientem powinien być zgodny z jego stanem w momencie rozpoczęcia oddziaływania. Można powiedzieć, że rolą terapeuty w pierwszej fazie sesji czy całego leczenia jest spotkanie klienta na płaszczyźnie jego „tu i teraz", dotyczącego przede wszystkim poziomu pobudzenia i emocji. Według zasady ISO osobie silnie pobudzonej w celu uspokojenia nie należy serwować od razu dzieła powolnego, o relaksacyjnym charakterze, lecz takie, które odzwierciedlać będzie stopień jej realnej aktywności. I odwrotnie: dla zaktywizowania klienta pozbawionego energii zaleca się rozpocząć od działań o spokojnym charakterze. Zasadę ISO widzieć można także węziej – jako odniesienie muzyki do fizjologicznych funkcji pacjenta, gdy na przykład tempo improwizacji czy wykonywanego utworu dopasowuje się do tempa jego oddechu, a następnie (jeśli taki jest cel działania) – zwalnia do pożądanego, z nadzieją, że klient niejako „zestroi" się z muzyką i zmieni tempo oddechu wraz z nią. Takie działania prowadzi się podczas muzykoterapii osób z zaawansowaną demencją lub w stanie śpiączki. Wreszcie, interpretując ISO szeroko, można stwierdzić, że dotyczy ona także ogólnych zasad doboru repertuaru do terapii na podstawie referentu kulturowego klienta, rozumianego

jako ogół jego poprzednich doświadczeń (dobór muzyki musi być więc adekwatny do wiedzy, świadomości i preferencji kulturowych osoby poddawanej terapii).

Podsumowując, należy stwierdzić, że każda muzyka może znaleźć w muzykoterapii zastosowanie i przynieść terapeutyczne rezultaty. Aby to nastąpiło, konieczne jest nadanie jej odpowiedniego kontekstu, użycie w określony sposób. Rolą muzykoterapeuty jest więc nie tylko dobór muzyki, lecz także – przede wszystkim – odpowiednie jej zagospodarowanie.

Podstawy teoretyczne muzykoterapii

Perspektywa psychologiczna

Wybrane definicje w rozdziale 1 zostały przedstawione w dwóch grupach – w jednej znalazły się te kładące nacisk na muzykę jako pierwszoplanowy czynnik terapeutyczny, w drugiej – widzące ją w kontekście terapeutycznej relacji. Wątek ten jest jednym z elementów szerszych założeń tkwiących u podstaw sposobów myślenia muzykoterapeutów. Są one bardzo zróżnicowane, między innymi ze względu na silny związek z odmiennymi prądami w psychologii, które wpłynęły na rozwój teorii muzykoterapeutycznych. Niektóre z wymienionych definicji uzewnętrzniały teoretyczne przekonania ich autorów. E. Lecourt oraz E. Galińska zdają się przychylać do perspektywy psychoanalitycznej i poznawczej, T. Natanson i K. Bruscia oscylują wokół ducha humanistycznego. Istnieją także (nieprzytoczone powyżej) definicje widzące cel muzykoterapii w zmianie danego zachowania, autorstwa muzykoterapeutów zakorzenionych w behawioryzmie. Silne więzy łączą muzykoterapię z perspektywą psychodynamiczną oraz podejściem behawioralnym właśnie. Istotne dla niektórych modeli są także kierunki poznawczy i humanistyczno-egzystencjalny.

Działania muzykoterapeutyczne wywodzące się z nurtu psychodynamicznego uwzględniają typowe dla psychoanalizy i jej „następców” narzędzia i zjawiska terapeutyczne, wzbogacone o element muzyczny. Wykorzystując semantyczną wieloznaczność muzyki, stosuje się zatem technikę wolnych skojarzeń czy odniesienia do warstwy symbolicznej i archetypicznej, próbując ujawnić nieuświadomione treści i doprowadzić klienta do uzyskania wglądu. W procesie muzykoterapeutycznym – podobnie jak w werbalnej terapii psychodynamicznej – dochodzi do zjawisk przeniesienia i przeciwprzeniesienia, które są następnie odpowiednio

przepracowywane z klientem. Modelem wywodzącym się z tego nurtu jest **muzykoterapia zorientowana analitycznie** (patrz s. 33).

Wykorzystując muzykę z punktu widzenia behawioralnego, zadaniom i ćwiczeniom muzykoterapeutycznym nadaje się strukturę, która wymusza pożądane zachowanie bądź uniemożliwia realizację zachowania niepożądanego. Dodatkowo, element muzyczny, wiążący się z przyjemnością, stosuje się w charakterze wzmocnienia pozytywnego. Proces terapeutyczny odbywa się na podstawie obserwacji konkretnych zachowań, nie ma tu miejsca na intuicję czy symboliczne interpretacje. Częstotliwość występowania danego zachowania jest – w zależności od potrzeby – zwiększana lub zmniejszana. Taka perspektywa obecna jest w modelu **muzykoterapii behawioralnej** (patrz s. 31).

W muzykoterapii wynikającej z założeń poznawczych po realizacji działań muzycznych różnego typu omawia się treści myślowe leżące u ich podstaw. Dzięki werbalnej analizie ekspresji muzycznej możliwe staje się z jednej strony wykrycie irracjonalnych założeń, z drugiej – sformułowanie konstruktywnej, realistycznej oceny siebie i otoczenia. Nie istnieje jeden, konkretny model wynikający z takich założeń, choć wiele technik dobrze wpasowuje się w poznawcze koncepcje. Inspiracje nimi zauważalne są w **Portrecie Muzycznym** (patrz s. 37).

W perspektywie humanistycznej muzykoterapia widziana jest niedyrektywnie, z poszanowaniem wolności wyboru klienta, a twórczość muzyczna staje się polem do realizacji potencjału naturalnie w nim tkwiącego, jego samoaktualizacji (samorealizacji). Nieinwazyjny charakter tego rodzaju pracy, przebiegającej w atmosferze akceptacji i bezpieczeństwa, pomaga w wydobyciu z klienta nieoczekiwanych pokładów, dzięki którym jego życie, także w relacji z innymi i z otoczeniem, nabiera pełniejszego wymiaru (Bunt, 1999; Wigram, Pedersen, Bonde, 2004; Stachyra, 2009a). Z perspektywy humanistycznej wyrosła **muzykoterapia kreatywna** (patrz s. 30).

Psychofizjologia i neuronauki

Oprócz perspektyw psychologicznych fundamentem niektórych działań w muzykoterapii bywa wiedza medyczna lub wiedza związana z rehabilitacją czy edukacją, bez związku z kategoriami psychoterapeutycznymi. Doświadczenia życia codziennego oraz dotychczasowe badania wskazują na istnienie relacji między aktywnością psychofizjologiczną a muzyką, jednakże charakter tego związku nie został jeszcze w pełni rozpoznany.

Psychofizjologiczne reakcje na odbieraną muzykę znajdują się w centrum zainteresowania wielu badawczy. Zmiany w pulsie (rytmie serca) – jego przyspieszanie i zwalnianie – korelują z pobudzającym lub uspokajającym charakterem muzyki, określanym przede wszystkim na podstawie tempa. Tego typu zależność pojawiła się nie tylko u słuchaczy, lecz także u wykonawców, których pracę serca poddano badaniu podczas występów. Liczne badania dotyczące muzyki i przewodnictwa skórnego (tzw. reakcji skórno-galwanicznej), z aktywnością którego wiąże się stany afektywne, wskazują na pojawienie się statystycznie istotnych zmian podczas percepcji. Słuchanie muzyki jest także łączone ze zmianami w oddechu, będącym wskaźnikiem reakcji emocjonalnych. Badano jego zwalnianie i przyspieszanie w korelacji ze zmianami tempa muzyki, a także różnice pojawiające się przy odbieraniu utworów ulubionych lub obojętnych (Hodges, 2012). Wszystkie te reakcje mają znaczenie przy tworzeniu, wdrażaniu oraz uzasadnianiu poszczególnych muzykoterapeutycznych oddziaływań.

Teoretyczne podstawy muzykoterapii wnoszą również – obok dorobku psychoterapeutycznego czy udokumentowanego wpływu muzyki na fizjologię człowieka – osiągnięcia psychologii muzyki wraz z badaniami mózgu i jego aktywności, zmierzające do wyjaśnienia zjawisk związanych z produkcją i percepcją muzyki na poziomie neurologicznym. W tej perspektywie T. Hillecke, A. Nickel, H.V. Bolay (2005) wskazali na pięć czynników, które przyczyniają się do efektywności muzykoterapii. Są to:

- zdolność muzyki do automatycznego przykuwania uwagi (tym samym do przekierowywania jej z rejonów niepożądanych na pożądane);
- zdolność muzyki do wpływania na emocje, widoczna w zmianach aktywności układu limbicznego i obszaru paralimbicznego;
- wpływ muzyki na procesy poznawcze, szczególnie na pamięć;
- możliwość warunkowania zachowań przez bodźce muzyczne (z uwzględnieniem zjawisk wynikających z obecności neuronów lustrzanych, które aktywizują się zarówno podczas obserwacji działania, jak i w trakcie samego działania);
- komunikacyjny potencjał muzyki.

S. Koelsch (2009) dodaje jeszcze jeden czynnik: wpływ treningu muzycznego na umiejętności percepcyjne.

Złożoność procesów związanych z twórczością, wykonawstwem oraz odbiorem muzyki sprawia, że wywołują one aktywizację odległych obszarów mózgu. Holistyczny charakter tej reakcji umożliwia kontynuację aktywności muzycznej nawet przy uszkodzeniu pewnych partii mózgu.

> Z perspektywy neuronaukowej i biologicznej istnieją liczne powody by przypuszczać, że muzyka i muzykoterapia mają korzystne efekty dla psychologicznego i fizjologicznego zdrowia jednostek (Koelsch, 2009, s. 382).

Estetyka

W kontekście poszukiwań podstaw teoretycznych muzykoterapii trzeba także wspomnieć o historycznym wątku filozoficzno-estetycznym; potencjał etyczno-wychowawczo-terapeutyczny muzyki dostrzeżono wszak już w starożytności. Pitagorejskie koncepcje harmonii kosmicznej wiążą się z uznaniem muzyki za lekarstwo duszy:

> [...] muzyka wywiera szczególny wpływ na duszę dzięki podobieństwu do jej konstytutywnej istoty, a ponadto muzyka może [...] odtworzyć zachwianą harmonię naszej duszy (Fubini, 2002, s. 35).

Wtedy też rodzi się koncepcja *katharsis*. Platon akcentuje wagę przyjemności odczuwanej podczas odbierania muzyki – jednak nie ona sama w sobie jest wartością, lecz traktowana jako narzędzie wychowawcze. Damon i Arystoteles snują rozważania dotyczące związku skal, melodii, z przeżyciami moralnymi i nastrojami. Starożytni znajdują swoich kontynuatorów. Boecjusz (480–524 r.) znów widzi siłę muzyki w aspekcie wychowawczym i leczniczym. Obok kategorii *musica mundana* i *musica instrumentalis* wspomina o *musica humana*, czyli muzyce będącej odzwierciedleniem psychofizycznej jedności człowieka, która staje się zrozumiała w akcie introspekcji. W renesansie klaruje się teoria afektów; muzyczne zwroty towarzyszą słowom, wzmacniając ich emocjonalne zabarwienie. W XVIII wieku podkreśla się podobieństwo muzyki i uczuć. We wczesnym romantyzmie, u W.H. Wackenrodera i L. Tiecka, muzyka staje się czystym językiem uczuć i jednocześnie umożliwia poznanie boskości. Nieco później G.W.F. Hegel uzna, że jej treścią jest ludzka dusza i ludzkie uczucie, a A. Schopenhauer zobaczy w muzyce wręcz czystą formę uczucia. Rozważania nad znaczeniem muzyki, wiążące się z traktowaniem jej jako swoistego języka, intensyfikują się w XX wieku; wyłania się z nich pojęcie formalizmu i referencjalizmu. Dla B. de Schloezera muzyka nie ma znaczenia, lecz sama nim jest. Inaczej sądzi S. Langer, próbując

wykazać, że język muzyki jest jedynie metaforyczny, ekspresja muzyczna stanowi zaś symboliczną formę wyrazu uczuć. L.B. Meyer (1974) także podkreśla związek muzyki z uczuciami – widzi je jednak w kontekście oczekiwań, napięć i sposobu ich rozwiązywania. Dostrzega także zależność odbioru znaczenia od aspektów kontekstowych, kulturowych. Muzyka nie ma waloru uniwersalności (Fubini, 2002). Wszystkie te wątki, mniej lub bardziej intuicyjne czy systematyczne teorie, mogą stanowić punkt wyjścia do budowania podstaw muzykoterapii. Zarówno koncepcje widzące w muzyce porządek, jak i te, wedle których sztuka dźwięków odzwierciedla bądź w jakiś sposób wyraża uczucia – uwidaczniają terapeutyczny potencjał muzyki.

Niezależnie od tego, czy uznamy muzykę za metaforę, czy bezpośrednią wyrazicielkę stanów emocjonalnych – jako sztuka związana silnie z emocjami, głęboko poruszająca i ekspresywna niewątpliwie może się wpasować w działania terapeutyczne, u podstaw których znajduje się praca w tej materii.

Klasyfikacje działań muzykoterapeutycznycht

Powracając do współczesnej, naukowej refleksji nad muzykoterapią, wspomnieć należy sposoby klasyfikowania działań muzykoterapeutycznych. T. Wigram, I.N. Pedersen, L.O. Bonde (2004) dzielą muzykoterapię na:

- behawioralną – w tym przypadku muzyka pełni rolę wzmocnienia, używana jest w celu wykształcania, modyfikowania, wzmacniania lub eliminowania pewnych zachowań;
- psychoterapeutyczną – ukierunkowaną na uzyskanie wglądu przez klienta, eksplorowanie jego problemów, myśli, uczuć i postaw;
- edukacyjną – związaną z procesem uczenia, rozwijania i wspomagania procesu dydaktycznego (Wigram, Pedersen, Bonde, 2004, s. 30–31).

W klasyfikacji tej brak miejsca dla działań stosowanych w medycynie i wykorzystujących wpływ muzyki na fizjologię, między innymi pracę serca, ciśnienie krwi, oddychanie, temperaturę, przewodnictwo elektryczne skóry czy fale mózgowe. Można założyć, że fizjologiczne reakcje na muzykę są uznawane za jedno ze źródeł skuteczności muzykoterapii, nie wyznaczają one jednak osobnego kierunku teoretycznego. Wydaje się więc, że nieumieszczenie tego typu oddziaływań w powyższym podziale wiąże się z dyskusją dotyczącą klasyfikacji tego obszaru – niektórzy badacze uważają, że ze względu na zupełną w tym przypadku niezależność wpływu muzyki od obecności muzykoterapeuty – taki rodzaj jej wykorzystania nie należy do muzykoterapii i traktowany jest jako

osobna dziedzina – muzyka w medycynie (Wigram, Pedersen, Bonde, 2004, s. 143).

Oddziaływanie o tym charakterze uwzględnia A. Metera (2006), opierając się na wcześniejszej klasyfikacji E. Galińskiej i wskazując na sześć kierunków wyznaczających teoretyczne ramy muzykoterapii, z których jeden, odnoszący się do reakcji fizjologicznych właśnie, nosi nazwę kierunku psychofizjologicznego, a kierunki pozostałe to: psychopedagogiczny, psychoanalityczny, behawioralny, komunikacyjny i poznawczy.

Klasyfikacja K. Bruscii (1998) nie odnosi się do teoretycznych podstaw, lecz została dokonana z uwzględnieniem kryteriów takich, jak: sytuacja zdrowotna klienta, cel muzykoterapii, natura relacji klient – terapeuta. Wyznacza ona sześć zakresów, w których uzasadnione jest stosowanie muzykoterapii. Są to obszary:

- dydaktyczny – związany ze wspomaganiem klienta w zdobywaniu wiedzy i umiejętności w kontekście edukacyjnym;
- medyczny – dotyczący odbudowywania zdrowia fizycznego;
- uzdrawiający – o wymiarze duchowym i uniwersalnym, związany z metafizycznymi koncepcjami harmonii świata;
- psychoterapeutyczny – związany z wglądem, samooceną, emocjami, nastrojem, relacjami i innymi sferami zainteresowania psychologii;
- rekreacyjny – mający na celu wywołanie przyjemności i zaangażowanie w życie kulturalne i artystyczne;
- ekologiczny – o charakterze środowiskowym i społecznym (Bruscia, 1998, s. 159–162).

Obok wymienionych obszarów K. Bruscia (1998) proponuje także podział ze względu na znaczenie i rolę terapeutycznej interwencji, który zawiera cztery poziomy. **Poziom pomocniczy** odnosi się do działań nie bezpośrednio terapeutycznych, lecz jedynie uzupełniających. Na **poziomie poszerzonym** (augmentatywnym) muzyka i muzykoterapia podporządkowują się i wspomagają inną formę terapeutyczną. Jeśli muzykoterapia odgrywa niezależną i centralną rolę, a jej cele są priorytetowymi aspektami leczenia, mowa o **poziomie intensywnym**. Poziom najwyższy, zwany

poziomem głównym (pierwszoplanowym), zostaje osiągnięty, gdy muzykoterapia jest jedyną drogą do zaspokojenia potrzeb klienta (Bruscia, 1998, s. 163).

Klasyfikacji praktyk muzykoterapeutycznych związanych z psychoterapią dokonała B. Wheeler (2010), grupując je ze względu na cele i stopień psychologicznej eksploracji i ustawiając je – podobnie jak K. Bruscia – na kolejnych poziomach. Najniższy, czy raczej najpłytszy z nich, mieści **muzykoterapię w formie terapii aktywnej**, gdzie przez stosowanie odpowiednio ustrukturyzowanych zadań klient uczy się i wdraża do nowych, pożądanych zachowań, a ewentualna werbalizacja dotyczy bezpośrednio przebiegu sesji. Kolejny poziom to **muzykoterapia wglądowa o celach reedukacyjnych** – muzyka stanowi tutaj bodziec wywołujący zwerbalizowaną refleksję dotyczącą uczuć i stanów emocjonalnych, prowadzącą do wglądu, który znów umożliwia wprowadzenie zmian w codziennym funkcjonowaniu. Poziom ostatni – **muzykoterapia wglądowa o celach rekonstrukcyjnych** – ma na celu wydobycie pokładów nieuświadomionych treści oraz przepracowanie ich, co prowadzi do reorganizacji struktury osobowości.

E. Galińska (1990, za: Dobrzyńska, Cesarz, Rymaszewska, Kiejna, 2006) wyodrębniła obszary oddziaływań muzykoterapeutycznych, takie jak: psychosomatyczny, psychologiczny, psychomotoryczny oraz pedagogiczny. Dokonała również podziału metod muzykoterapeutycznych, nie wiążąc ich ściśle z założeniami teoretycznymi, choć niektóre z nich szczególnie dobrze komponują się z poszczególnymi kierunkami psychoterapeutycznymi. Badaczka dostrzegła w muzykoterapii następujące metody: odreagowująco-wyobrażeniowe oraz aktywizujące emocjonalnie, treningowe, relaksacyjne, komunikatywne, kreatywne, psychodeliczne/ekstatyczne/estetyzujące/kontemplacyjne oraz muzyczny trening uwrażliwienia. Ta sama autorka, odwołując się do poszczególnych koncepcji teoretycznych, zaproponowała wyodrębnienie następujących kierunków w muzykoterapii:

- kierunek psychagogiczny,

- kierunek psychofizjologiczny,
- kierunek psychoanalityczny,
- kierunek behawioralny,
- kierunek komunikacyjny,
- kierunek poznawczy (Galińska, 1988).

Przedstawione klasyfikacje ukazują zakres możliwych spojrzeń na oddziaływanie muzykoterapeutyczne i – podobnie jak definicje – świadczą o różnorodności i bogactwie refleksji nad tą formą terapii.

Sposoby oddziaływania w muzykoterapii

Podstawowe sposoby muzykoterapeutycznych oddziaływań sprawiły, że ustalił się podział muzykoterapii na **aktywną**, związaną z produkcją muzyczną wszelkiego typu, oraz **receptywną**, wykorzystującą słuchanie muzyki. Termin „receptywna", używany międzynarodowo *(receptive music therapy*), w języku polskim bywa zastępowany terminem „percepcyjna" (Dobrzyńska, Cesarz, Rymaszewska, Kiejna, 2006). K. Bruscia (1998) uszczegółowił ten tradycyjny podział, wymieniając cztery typy doświadczeń muzycznych stosowanych w muzykoterapii: improwizacja, wykonywanie/odtwarzanie, komponowanie, słuchanie.

Improwizacja to tworzenie w czasie rzeczywistym, jednorazowa kreacja klienta, grupy terapeutycznej czy klienta i terapeuty wspólnie. Może być wokalna, instrumentalna, łączona. Rolą terapeuty jest tutaj zademonstrowanie możliwości, zainspirowanie i przeprowadzenie przez improwizację. Może ona mieć charakter absolutny – bez odniesień pozamuzycznych, lub referencjalny – związany z pozamuzyczną rzeczywistością (np. obraz, opowieść), może być ukierunkowana lub zupełnie spontaniczna. Wśród klinicznych celów, w realizacji których stosuje się ten rodzaj doświadczenia, znajdują się między innymi: umożliwienie komunikacji pozawerbalnej, badanie „ja" w relacji z otoczeniem i innymi, ekspresja emocjonalna, wykształcenie kreatywności, spontaniczności i radości, stymulacja sensoryczna i poznawcza.

W przypadku **wykonywania/odtwarzania** klienci uczą się i wykonują istniejące utwory muzyczne. Do tego rodzaju doświadczeń włączyć można także odtwarzanie ról lub zachowań. Wykonywanie w odniesieniu do sytuacji muzycznej implikuje poniekąd obecność publiczności, która w sytuacji terapeutycznej nie jest jednak konieczna (choć w uzasadnionych przypadkach może być wskazana). Dzięki doświadczeniu odtwarzania pracuje się między

innymi nad poprawą uwagi i orientacji, kształceniem pamięci, identyfikacją z grupą, empatią, współdziałaniem i współodpowiedzialnością, interakcją.

Komponowanie dotyczy twórczości czysto muzycznej oraz muzyczno-słownej, w przypadku tworzenia piosenek. Poziom ingerencji terapeuty jest w tej sytuacji jak najmniejszy, adekwatny do poziomu funkcjonowania klienta. Terapeuta może ograniczyć się do „kosmetycznych" poprawek, może wykonać większość pracy. Doświadczenie komponowania rozwija umiejętność planowania, organizacji i syntezy, buduje poczucie odpowiedzialności, rozwija kreatywność, ćwiczy komunikację i zdolność do formułowania przekazu.

Słuchanie, czyli tzw. recepcja, polega na odbieraniu muzyki przez klienta i analizie jego reakcji – fizjologicznych, emocjonalnych, werbalnych. Dzięki temu doświadczeniu pacjent może osiągnąć relaksację, doznać poruszenia emocjonalnego, rozbudzenia wspomnień, asocjacji i wyobrażeń. Słuchanie może być elementem technik projekcyjnych (Bruscia, 1998).

Podział na muzykoterapię aktywną i receptywną budzi pewne wątpliwości. Słuchanie muzyki nie oznacza przecież pasywności słuchacza – jest on w odbiór muzyki zaangażowany bardzo aktywnie na poziomie emocjonalnym, intelektualnym, a nawet fizjologicznym. Trzeba więc uściślić, że aktywność pojawiająca się w podziale dotyczy wyłącznie zachowań typowo muzycznych, takich jak gra na instrumencie czy śpiew. Podobnie wykonawstwo nie wyklucza przecież słuchania – konfrontacja z własną produkcją dźwiękową jest zazwyczaj nie do uniknięcia. Z kolei klasyfikacja K. Bruscii, choć niewątpliwie przydatna i systematyzująca działalność muzykoterapeutyczną, nie mieści jednak wszystkich sytuacji występujących w ramach procesu muzykoterapeutycznego. Niektóre z czynności obecnych w muzykoterapii trudno jednoznacznie zaszeregować. Czy na przykład improwizowanie na instrumentach perkusyjnych do nagrania mieści się w doświadczeniu improwizacji czy recepcji? A dowolny taniec przy muzyce? Czy piosenka, spontanicznie rodząca się z wokalnej improwizacji, niejako przypadkiem, będzie sklasyfikowana jeszcze jako improwizacja czy

już jako twórczość? Czy grupa grająca na instrumentach perkusyjnych zgodnie z improwizowanym „dyrygowaniem" terapeuty lub członka grupy również improwizuje czy wykonuje? W którym rodzaju doświadczeń można umieścić dyskusję o tekście piosenki, której towarzyszy śpiewanie utworu ze zmienionym, parafrazowanym odpowiednio do sytuacji klienta tekstem? Wydaje się, że wiele sytuacji i technik muzykoterapeutycznych łączy w sobie różne doświadczenia, a dodatkowo – wiele spośród technik można by nazwać technikami z pogranicza doświadczeń. Granice te nie są oczywiste, raczej niemożliwe do wytyczenia. Zresztą wskazanie ich nie wydaje się istotne z praktycznego punktu widzenia.

Wymienione doświadczenia obecne w muzykoterapii są stosowane z perspektyw różnych teorii. Ten sam typ doświadczenia można widzieć na przykład przez pryzmat behawioralny, jak również w ujęciu psychodynamicznym – odpowiednio zaplanowana improwizacja może służyć jako płaszczyzna, na której trenuje się dane zachowanie (dialogowanie, współdziałanie, realizowanie poleceń), ale również jako materiał uzewnętrzniający niesprecyzowane emocje, będący przedmiotem analizy. Doświadczenia muzyczne są zatem podstawą kształtowania szerzej pojętych modeli muzykoterapii, które – pozostając w związku z konkretnymi, wybranymi założeniami teoretycznymi – stanowią ramy dla procesu terapeutycznego. Tak rozumiany model to systematyczne i unikalne stosowanie metod, procedur i technik w kontekście określonych założeń (Bruscia, 1998, s. 115).

Inaczej do zagadnienia podziału możliwych oddziaływań muzykoterapeutycznych podszedł T. Natanson (1992), grupując je według kryterium, jakim są potrzeby i cele terapeutyczne. Wymienił sześć następujących kategorii:

- wzbudzanie pożądanych emocji oraz sterowanie nimi;
- wzbudzanie gotowości do kontaktu oraz inspirowanie i odpowiednio kierunkowane rozwijane prawidłowej międzyludzkiej komunikacji;
- wzbogacanie osobowości pacjenta, głównie poprzez doznania estetyczne, wyrabianie w nim postawy twórczej, pomnażanie

zasobu jego doświadczeń emocjonalnych i intelektualnych;
- wpływanie na stan pobudzenia psychomotorycznego oraz napięcia emocjonalnego i mięśniowego;
- ogólnie korzystne wpływanie na stan psychofizycznego samopoczucia;
- wzbogacanie oraz wspomaganie metod diagnostycznych;
- wzbudzanie określonych reakcji fizjologicznych (Natanson, 1992, s. 50–51).

Modele

Trudno byłoby wymienić wszystkie istniejące modele. Muzykoterapeuci na bieżąco formułują własne, autorskie programy i swe działania realizują na ich podstawie. Poniżej zostaną zatem przedstawione te, które uznaje się za najpopularniejsze, akceptowane i znane na całym świecie, uzupełnione o dwa główne modele wykształcone na gruncie polskim. Będą to zakorzenione w psychoterapii: **muzykoterapia kreatywna** (*Creative Music Therapy*), **muzykoterapia behawioralna** (*Behavioral Music Therapy*), **wizualizacja kierowana z muzyką – model Bonny** (*Bonny Method of Guided Imagery and Music*), **muzykoterapia zorientowana analitycznie** (*Analytically Oriented Music Therapy*), **muzykoterapia improwizacyjna** (*Free Improvisation Therapy*), zbudowana na biologicznych, neurologicznych podstawach **neuromuzykoterapia** (*Neurologic Music Therapy*), wykorzystująca wpływ wibracji na organizm człowieka **terapia wibroakustyczna** (*Vibroacoustic Therapy*) oraz najbardziej popularne w Polsce: model **Mobilnej Rekreacji Muzycznej** oraz **Portret Muzyczny**. Nie ujęto między innymi opisu muzykoterapii regulatywnej K. Schwabego, muzykoterapii według koncepcji G. Orff oraz muzykoterapii R.O. Benenzona – czytelnik głębiej zainteresowany tą tematyką ma już do dyspozycji publikację *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii* pod redakcją K. Stachyry (2012a), w której można znaleźć wyczerpujące opracowania tych zagadnień.

Muzykoterapia kreatywna utworzona została wspólnie przez P. Nordoffa, amerykańskiego kompozytora i pianistę, oraz C. Robbinsa, brytyjskiego pedagoga specjalnego; model ten bywa też nazywany modelem Nordoff–Robbins. Powstał i rozwijał się w latach 60. i 70. XX wieku. Jest szczególnie popularny w Wielkiej Brytanii, Niemczech, Stanach Zjednoczonych, Australii i Japonii. Teoretyczne podwaliny tego modelu stanowi podejście humanistyczne. Jest to

zatem model skoncentrowany na kliencie, interaktywny, wynikający z pełnej akceptacji pacjenta, zbudowany na partnerstwie i poszanowaniu obopólnych potrzeb. Zasadza się na koncepcji **muzycznego dziecka** (*music child*) – naturalnego potencjału muzycznego, który – wedle twórców modelu – ma każdy człowiek, bez względu na stopień niepełnosprawności. Model wykorzystuje przede wszystkim improwizację, a kluczową rolę w procesie terapeutycznym odgrywa sama muzyka (muzyka jako terapia). Relacje są także istotne, jednak wyłącznie te wykształcone w doświadczeniu muzycznym. Ze względu na centralną rolę muzyki w modelu tym wymaga się od terapeuty wysokiego poziomu umiejętności instrumentalnych, szczególnie w zakresie gry na fortepianie i gitarze. W większości przypadków instrument harmoniczny ustanawia muzyczne ramy, dzięki którym improwizacja klienta ma zadowalający walor artystyczny i motywacyjny. W terapii prowadzonej w tym modelu – mogącej przybrać formę indywidualną lub grupową – uczestniczy zazwyczaj dwóch terapeutów. Jeden z nich dostarcza kontekstu muzycznego, improwizując, podczas gdy drugi wspomaga i inspiruje klienta w zależności od potrzeb. Pacjent ma najczęściej do dyspozycji bęben oraz talerz, a także inne instrumenty perkusyjne. Zachęca się go również do używania głosu. Improwizacje terapeutów w tym modelu są zazwyczaj tonalne, czasem ich podstawą stają się idiomy muzyczne różnych kultur. Niezwykle ważna jest umiejętność improwizacji adekwatnej do sytuacji terapeutycznej. Terapeuta nie dokonuje tu wyboru samodzielnie, lecz możliwie najpełniej inspiruje się zachowaniem, postawą, nastrojem i sposobem bycia klienta, próbując odwzorowywać, odpowiadać i rozwijać materiał proponowany przez niego. Każdy szczegół, najdrobniejszy element zachowania pacjenta – na przykład tempo chodu czy przypadkowo wydawane dźwięki – może posłużyć za inspirację. Wspólne muzykowanie ma na celu zbudowanie relacji, która stanie się podstawą do dalszej komunikacji, autoekspresji oraz realizacji wewnętrznego potencjału.

> Dzięki praktykowaniu nowo odkrytych umiejętności w pełnym zaufania związku partnerstwa ze swym terapeutą dziecko znajduje głębokie

> osobiste spełnienie, a nastrój sesji jest często bardzo radosny i pełen uniesienia (Nordoff, Robbins, 2008, s. 51).

Model utworzony został z myślą o dzieciach z niepełnosprawnością intelektualną, jednak obecnie stosowany jest także z powodzeniem w pracy z innymi grupami.

Muzykoterapia behawioralna powstała na gruncie amerykańskim, w latach 60. ubiegłego stulecia, i jest tam w dalszym ciągu z powodzeniem stosowana. Jej systematycznego opisu dokonali C. Madsen i V. Cotter (Madsen, Cotter, Madsen, 1968). Wywodzi się ona z założeń behawiorystów; może także zawierać elementy związane z podejściem poznawczym. Celem tak pojętej terapii jest modyfikacja zachowania, czyli symptomu danego problemu czy zaburzenia, zamiast badania jego przyczyn. Zachowanie jest w tym przypadku terminem szerokim i dotyczy sfery fizjologicznej, motorycznej, psychologicznej, emocjonalnej, poznawczej i percepcyjnej.

> U podstaw muzykoterapii behawioralnej leżą zasady uczenia się, a podejście to skupia się na ocenie oraz programach naprawczych opartych na monitorowaniu zachowania w danym środowisku. Zachowanie modyfikowane jest poprzez wyraźne zaaranżowanie skutków reakcji zgodnie z zasadami wzmocnienia (Madsen, 2012, s. 58).

Niezwykle istotna w tym modelu jest odpowiednia struktura muzycznych zadań – powinny one niejako wymuszać pojawienie i powtarzanie się bądź trwanie zachowania pożądanego lub uniemożliwiać czy eliminować zachowania wygaszane. Muzyka w tym przypadku pełni funkcję wskazówki, porządkuje i proponuje strukturę, jest przedmiotem koncentracji uwagi oraz formą nagrody (muzyka w terapii). Zachowania w kontekście muzycznym postrzega się w kategoriach zależności bodziec – reakcja. W modelu tym pojawiają się wszystkie rodzaje doświadczeń muzycznych, wzbogacone często o elementy ruchu lub plastyki. Podczas zajęć obserwowane są te zachowania klienta, wobec których jest prowadzone działanie terapeutyczne, a ich częstotliwość czy czas występowania są ściśle odnotowywane. W ten sposób – w trakcie procesu terapeutycznego – mierzony jest ewentualny postęp.

Muzykoterapię behawioralną stosuje się z sukcesami w pracy z wszystkimi grupami docelowymi. Jej ogromnym plusem jest to, że dzięki stale wykorzystywanemu obiektywnemu pomiarowi bezpośrednio wskazuje na efektywność technik, a w przypadku braku pożądanych rezultatów ma na tyle szeroki wachlarz możliwości, by stosunkowo łatwo adaptować i modyfikować działanie. Może być stosowana indywidualnie, jak również w grupie.

Wizualizacja kierowana z muzyką – **model Bonny** – powstała w latach 70. dzięki działalności H. Bonny prowadzonej w Stanach Zjednoczonych. Skrótowo zwana BMGIM (Bonny Method of Guided Imagery and Music) jest obecnie najpopularniejszym modelem wykorzystującym przede wszystkim doświadczenie słuchania, czyli mieszczącym się w obszarze muzykoterapii receptywnej. U jej teoretycznych podstaw znajduje się koncepcja symbolicznej reprezentacji C.G. Junga (Wigram, Pedersen, Bonde, 2004, s. 69) oraz założenia wywodzące się z terapii humanistycznych i transpersonalnych (Stachyra, 2009a, s. 68). W modelu tym słuchanie muzyki uruchamia proces wyobrażeniowy, który prowadzi do wydobycia ważnych dla klienta, często podświadomych, treści. Po skonfrontowaniu się z nimi w sferze przeżyć wyobrażeniowych zostają one przetworzone, zinterpretowane i zintegrowane, co pozwala pacjentowi inaczej spojrzeć na siebie, własne problemy i otaczającą rzeczywistość. W modelu tym terapeuta korzysta ze specjalnie przygotowanych tzw. programów – zestawień części lub całych utworów, wybranych najczęściej z literatury klasycznej, trwających 30–60 minut. Ze względu na głęboki charakter interwencji terapeutycznej od prowadzącego wymaga się bardziej rozbudowanego przygotowania niż w przypadku innych modeli, zawierającego wiedzę z zakresu psychoterapii i psychoanalizy. Sesje prowadzone w tym modelu składają się z czterech faz: preludium, indukcja, muzyczna podróż, postludium. W fazie pierwszej odbywa się rozmowa o psychoterapeutycznym charakterze, kierująca uwagę klienta na sytuację terapeutyczną. Kolejny etap – indukcja – przebiega już w pozycji leżącej, a jego celem jest wprowadzenie pacjenta, który z zamkniętymi oczami podąża za instrukcjami terapeuty, w stan relaksacji. Muzyczna podróż rozpoczyna się w

momencie uruchomienia odtwarzania muzyki (program dobrany jest pod kątem problemu pacjenta oraz jego aktualnego stanu). W czasie podróży klient werbalizuje swoje odczucia i wyobrażenia, kierowany jedynie muzyką (można tu zatem mówić o muzyce jako terapii).

> Muzyka stanowi klucz do wyzwalania zmienionych stanów świadomości, wzbudzania rezonansu emocjonalnego, stymulowania archetypicznych wyobrażeń. Może również sprzyjać osłabieniu działania mechanizmów obronnych klienta (Stachyra, 2008, s. 65).

Rola terapeuty jest wspierająca, towarzysząca i zachęcająca, lecz nie dyrektywna; obserwuje on zachowania klienta. Ostatnia faza sesji rozpoczyna się wybudzeniem pacjenta ze zmienionego stanu świadomości wywołanego relaksem, po którym następuje etap przetwarzania przeżyć; może ono przyjąć formę werbalną, literacką (np. pisanie pamiętnika lub opowiadania), plastyczną lub aktywnie muzyczną (improwizacja). Po postludium terapeuta rozmawia z klientem, próbując odnaleźć zależności między rzeczywistością realną i wyobrażeniową. Wynikiem rozmowy powinna być większa samoświadomość pacjenta (Stachyra, 2009a). BMGIM stosowana jest w formacie indywidualnym w pracy z osobami zdrowymi, które chcą pogłębić samowiedzę, szukają poprawy samopoczucia czy jakości życia oraz zwiększenia intensywności jego przeżywania. Znajduje swoje zastosowanie także w grupach osób uzależnionych, pacjentów z AIDS oraz nowotworami. Nie jest wskazana dla osób mogących mieć trudność z oddzieleniem rzeczywistości od wyobrażeń, na przykład ludzi z problemami psychotycznymi lub niepełnosprawnością intelektualną (Wigram, Pedersen, Bonde, 2004, s. 120).

Twórczynią **muzykoterapii zorientowanej analitycznie**, pierwotnie zwanej muzykoterapią analityczną, jest M. Priestley, brytyjska skrzypaczka i muzykoterapeutka. Historia tego modelu rozpoczęła się w latach 70., a proces jego powstawania wiąże się z osobistymi przeżyciami M. Priestley, która w związku z własnymi problemami uczęszczała na sesje psychoanalityczne (Bunt, 2004). Stąd też silne związki tego modelu z dorobkiem S. Freuda i C.G. Junga. W toku rozwoju modelu kontynuatorzy M. Priestley odnieśli

się także do psychologicznych teorii rozwojowych i komunikacyjnych. Model zasadza się na symbolicznie interpretowanej improwizacji, często łączonej z opowiadaniem bajek lub historii, oraz terapeutycznej roli zjawisk, takich jak: przeniesienie i przeciwprzeniesienie, które ujawniają się w procesie terapeutycznym. Sesje, które są zazwyczaj prowadzone indywidualnie (czasem – grupowo), rozpoczyna rozmowa dotycząca tematów, nad którymi klient chciałby pracować. W rozmowie tej powinno nastąpić rozpoznanie problemu oraz konkretne nazwanie go. Gdy temat zostanie określony, ustala się reguły gry stające się podstawą improwizacji; możliwe jest przypisanie terapeucie i klientowi pozamuzycznych ról, które zostają odegrane. Muzyczna eksploracja problemu pozwala na ekspresję emocji tkwiących za postawionym problemem oraz na konfrontację z nimi. Dzięki regułom ustalonym przed rozpoczęciem improwizacji ma ona pewną strukturę, z drugiej jednak strony – pozostając improwizacją – zawiera element nieprzewidywalności i dowolności. Improwizacja przebiega zazwyczaj w duecie klient – terapeuta, może się jednak zdarzyć, że pacjent chce się samodzielnie zmierzyć z danym problemem lub jedynie poddać się grze terapeuty. Istotnym elementem sesji jest rozmowa następująca po improwizacji, podczas której terapeuta może pozwolić na samodzielne rozważania klienta lub wchodzić z nim w dyskusję; celem werbalnego podsumowania improwizacji jest uświadomienie pacjentowi znaczenia jej przebiegu w kontekście sytuacji pozamuzycznych. Improwizacje są zazwyczaj nagrywane, można zatem wrócić do materiału muzycznego i zanalizować go pod kątem intencji grającego i rezultatu muzycznego oraz emocji, uczuć wyrażanych przez grę (Bruscia, 1988). W przypadku muzykoterapii zorientowanej analitycznie rola muzyki może być widziana dwojako: kiedy wykorzystywana jest jako symboliczny język wyrażania emocji, nastroju czy skojarzeń, funkcjonuje jako muzyka w terapii; gdy jednak w toku improwizacji jej muzyczna struktura zaczyna dominować nad zwerbalizowanymi przedtem założeniami oraz przyjmować niezależną i niezaplanowaną rolę – staje się bezpośrednim narzędziem interwencji terapeutycznej, muzyką jako terapią. Celem tego modelu jest umożliwienie klientowi

uzyskania wglądu w złożone problemy psychologiczne, ich integracji i transformacji. Z myślą o pacjentach niewerbalnych model ten został zaadaptowany do ich potrzeb. W tej wersji pozbawiony jest elementów dyskusji, a jego celem staje się osiągnięcie kontaktu i komunikacja (Wigram, Pedersen, Bonde, 2004).

Muzykoterapia improwizacyjna to jeden z pionierskich modeli muzykoterapeutycznych, utworzony przez koncertującą wiolonczelistkę, J. Alvin. Powstawał w latach 1950–1980. Podobnie jak model muzykoterapii zorientowanej analitycznie czy muzykoterapii kreatywnej opiera się na doświadczeniu improwizacji, tutaj jest ona jednak traktowana bardzo dowolnie, bez jakichkolwiek reguł. Nie podlega ani werbalnemu planowaniu, jak w przypadku MZA, ani konwencjonalnej zazwyczaj strukturze muzycznej obecnej w podejściu Nordoff–
–Robbins. Założenia teoretyczne tkwiące u podstaw tego modelu są eklektyczne – w ogólnie humanistycznej perspektywie pojawiają się elementy behawioralne (w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi) lub psychodynamiczne (w działaniach dotyczących osób z problemami psychiatrycznymi) (Wigram, Pedersen, Bonde, 2004, s. 132). W pracy z dziećmi proces terapeutyczny przebiega w trzech etapach, widzianych w kontekście relacji: 1) relacja z obiektem, 2) relacja z samym sobą oraz terapeutą, 3) relacja z innymi. W każdym z nich stosowane są doświadczenia aktywne (improwizowanie), jak również receptywne (słuchanie improwizacji). Celem etapu 1 jest nawiązanie relacji z instrumentem i muzyką; jest to nieustrukturyzowana eksploracja możliwości brzmieniowych, dokonywana indywidualnie przez klienta i terapeutę. Etap 2 łączy się z uświadamianiem emocji i możliwości komunikacji – w działaniach aktywnych wprowadzone jest wymienianie się wybranymi instrumentami czy wspólna gra, w zakresie recepcji – istotny element stanowi odsłuchiwanie nagranego, improwizowanego materiału. W etapie 3 – osiąganym tylko przez niektórych klientów, zależnie od ich kompetencji – pacjent umieszczony zostaje w środowisku grupowym, na przykład rodzinnym. Relacja z terapeutą, wykształcona w etapie 2, przenoszona jest na inne osoby, szczególnie na bliskich klienta. Podczas tego etapu stosuje się pełny wachlarz doświadczeń

muzycznych i zróżnicowane zadania (Bruscia, 1988). We wszystkich etapach czynnikiem niezwykle istotnym jest przyjemność, jakiej klient doświadcza podczas gry – jako siła motywująca do kolejnych działań (Alvin, 1992, s. 23). Ważną rolę w terapii odgrywa wybór instrumentu dokonany przez pacjenta oraz wykorzystanie go podczas sesji – bywają one interpretowane symbolicznie. Instrument pełni funkcję obiektu przejściowego, na który projektowane są przeżycia i emocje klienta i który pośredniczy w komunikacji z innymi (Bruscia, 1987). W modelu tym, ze względu na jego eklektyczny charakter, można mówić zarówno o muzyce w terapii, jak i muzyce jako terapii.

Neuromuzykoterapia (NMT) to model, czy może raczej podejście, powstały na podstawie innego paradygmatu – jego zwolennicy nie uważają, że muzykoterapia opiera się przede wszystkim na psychologiczno-społeczno-kulturowych fundamentach, lecz – traktując muzykę w kategoriach bodźca – dostrzegają jej bezpośredni wpływ na neurofizjologiczne procesy mózgowe. To właśnie funkcjonalne zmiany mózgu powstające na skutek produkcji i percepcji muzyki, szczególnie te związane z procesami czuciowo-ruchowymi oraz poznawczymi, stały się podstawą dla tego modelu (Thaut, 2005). Propagatorem i motorem rozwoju neuromuzykoterapii jest M. Thaut, profesor Uniwersytetu Stanowego w Colorado, przy którym działa także Centrum Biomedycznych Badań w Muzyce (Center for Biomedical Research in Music). Twórca i praktycy tego modelu podkreślają, że wszystkie proponowane w nim techniki są wystandaryzowane, a ich skuteczność udokumentowana materiałem badawczym. Neuromuzykoterapia przeznaczona jest przede wszystkim dla osób z dysfunkcjami powstałymi na skutek chorób lub uszkodzeń systemu nerwowego. Ze względu na silny związek neuromuzykoterapii z rehabilitacją i medycyną zamiast ogólnie przyjętego w muzykoterapii terminu „klient” stosuje się tu bardziej charakterystyczne dla wspomnianych obszarów określenie „pacjent”. Neuromuzykoterapeuci podkreślają dużą efektywność stosowania modelu oraz wymierność rezultatów. Praktycy NMT proces terapeutyczny realizują wedle stałych kroków – są to:

- diagnostyczne i funkcjonalne rozpoznanie pacjenta,
- ustalenie celów terapii,
- zaprojektowanie funkcjonalnych niemuzycznych ćwiczeń terapeutycznych,
- przełożenie ćwiczeń niemuzycznych na muzyczne,
- przełożenie wyuczonych zachowań na codzienne, praktyczne zastosowania (Oliver, Thaut, Moore, 2008; Thaut, 1999).

Techniki neuromuzykoterapeutyczne dzielą się na trzy grupy – w zależności od rehabilitowanego obszaru. Są to: trening czuciowo-ruchowy (sensomotoryczny), trening logopedyczny, trening poznawczy. W zakresie czuciowo-ruchowym głównym bodźcem stymulującym jest rytm, który, będąc czynnikiem organizującym czas, wzmaga efektywność rehabilitacji chodu i innych funkcji ruchowych. Trening logopedyczny przewidziany jest szczególnie dla osób dotkniętych afazją, apraksją, dysartrią. W sferze poznawczej neuromuzykoterapia jest narzędziem pracy nad uwagą, pamięcią i wykonawczymi funkcjami mózgu.

Przynależność **terapii wibroakustycznej** do oddziaływań muzykoterapeutycznych może być kwestionowana. Ten rodzaj wykorzystywania muzyki do celów leczniczych wiąże się bezpośrednio z fizycznym odczuwaniem fal dźwiękowych o niskich częstotliwościach; udział terapeuty w procesie terapeutycznym ogranicza się właściwie do uruchomienia odpowiednich nagrań i kontroli ich oddziaływania. Klient korzystający z tego rodzaju terapii siedzi bądź leży na specjalnie zaprojektowanym krześle czy łóżku, w które wbudowane są głośniki. Odtwarza się dźwięki sinusoidalnych fal akustycznych o częstotliwościach pomiędzy 30 a 70 Hz z towarzyszeniem muzyki relaksacyjnej. Istniejące badania wskazują na potencjał terapii w zakresie redukcji bólu, obniżenia napięcia mięśniowego, wzrostu relaksacji, a także w schorzeniach płucnych i bezsenności (Wigram, 1996; Wigram, Pedersen, Bonde, 2004).

Mobilna Rekreacja Muzyczna (MRM) to model wypracowany i szeroko stosowany na gruncie polskim. Jego autorem jest lekarz, M. Kierył, mający imponującą praktykę terapeutyczną, głównie w Centrum Zdrowia Dziecka i Domu dla Dzieci Specjalnej Troski w

Warszawie. Inspiracją dla modelu stały się założenia pedagogiki C. Orffa i É. Jaques-Dalcroze'a, które przeniesiono oraz zaadaptowano do współczesności i okoliczności terapii (Kierył, 1996, s. 47). Uwspółcześnienie oznacza, że MRM opiera się na aktualnej muzyce rozrywkowej, a pedagogiczne działania nastawione na zwiększanie świadomości muzycznej zostają odsunięte na drugi plan, ustępując celom terapeutycznym. W odniesieniu do psychoterapii twórca modelu dostrzega jego związek z behawioryzmem (muzyka jako bodziec i jako wzmocnienie) oraz teoriami psychoanalitycznymi (zabawy muzyczne jako możliwość eksploracji wczesnego dzieciństwa – regres) (Kierył, 1996, s. 68–69).

Mobilna Rekreacja Muzyczna

> [...] to uporządkowany emocjonalnie układ ćwiczeń rytmicznych, ruchowych, perkusyjnych, oddechowych, wyobrażeniowych i relaksacyjnych stymulowanych różnorodną muzyką (Kierył, 1996, s. 49).

W układzie tym występuje pięć etapów: odreagowanie, zrytmizowanie, uwrażliwienie, relaksacja i aktywizacja. W zależności od bieżących celów terapeutycznych nacisk można kłaść na wybrany etap, podczas gdy pozostałe mogą zostać pominięte lub skrócone. Pełna sesja MRM trwa 40–60 minut. Ćwiczenia pojawiające się w każdym z etapów są proste, nastawione na integrację i przyjemność. Wśród nich znajdują się zarówno zadania wykorzystujące improwizację (głównie perkusyjną), zabawy dźwiękonaśladowcze, elementy ruchu i tańca, jak i relaksacja z sugestią słowną, rozmowa. Stałym elementem, stosowanym pomiędzy kolejnymi zadaniami, są ćwiczenia oddechowe. W ramach sesji pojawiają się także działania wykorzystujące inne płaszczyzny artystyczne – plastyczne bądź literackie (fabularyzacja ćwiczeń, bajki, opowieści). W ramach jednego spotkania stosuje się wiele krótkich i różnorodnych ćwiczeń, co zapobiega znużeniu, zwiększa atrakcyjność zajęć, a także pozwala na utrzymanie koncentracji uwagi. Sesje zazwyczaj są prowadzone w formie grupowej. Autor MRM dostrzega i podkreśla potrzebę współpracy między muzykoterapeutą a lekarzem, psychologiem, innymi terapeutami, która pozwala na optymalizację oraz integrację planu terapeutycznego skoncentrowanego na

kliencie. Pomimo eklektycznego charakteru modelu, jak również dużego zróżnicowania stosowanych w nim ćwiczeń, można uznać, że głównym narzędziem terapeutycznym jest tutaj sama muzyka (muzyka jako terapia), choć w przypadku użycia innych form arteterapeutycznych bywa wykorzystywana jedynie jako element, kontekst oddziaływań innego rodzaju (muzyka w terapii).

Autorką **Portretu Muzycznego** jest E. Galińska, wieloletni pracownik Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Ze względu na rozbudowany i złożony charakter tej koncepcji portret przedstawiany jest tu jako kolejny model muzykoterapeutyczny, choć w literaturze często określany jest mianem techniki czy metody. Powstał w latach 70. XX wieku na bazie doświadczeń autorki w pracy z osobami z zaburzeniami neurotycznymi i psychotycznymi. Opiera się w dużej mierze na założeniach psychoterapii poznawczej, a jego celem jest uzyskanie integracji „ja", czyli poczucia tożsamości klienta, przez konfrontacje własnego obrazu siebie z odbiorem terapeuty i grupy oraz przez uświadomienie sobie przemian, jakie zaszły na skutek leczenia. Konfrontacja ta odbywa się na skutek doświadczenia recepcji i improwizacji muzycznej, które stają się podstawą terapeutycznej dyskusji. Jest to model grupowy, choć skoncentrowany na jednostkach – kolejnych członkach grupy. Składa się z

> [...] montażu utworów muzycznych przygotowanego przez muzykoterapeutę oraz portretu danego pacjenta granego przez grupę i autoportretu granego przez omawianą osobę (Galińska, 1992, s. 28).

Słuchając improwizacji na swój temat, klient otrzymuje niewerbalną informację zwrotną dotyczącą własnego funkcjonowania. Autoprezentacja daje mu szansę na ukazanie własnej wizji siebie (czasem jest wyrazem myślenia życzeniowego), przygotowany przez terapeutę montaż stanowi zaś obraz struktury „ja": „ja" jawne, fasadowe (odbierane z zewnątrz), „ja" ukryte (wewnętrzny obraz siebie), „ja" przyszłościowe, potencjalne (realistyczne, pozytywne, zintegrowane) (Dobrzyńska, Cesarz, Rymaszewska, Kiejna, 2006). Model ewoluował w praktyce i – wedle

ostatniej publikacji autorki – ma obecnie formę pięcioelementową. Jego elementy to:

> [...] 1) lustro pacjenta grane na instrumentach przez grupę, 2) autoportret – własna ekspresja pacjenta na instrumencie, uzupełniająca obraz przedstawiony przez grupę o elementy „ja ukrytego" i „ja w przyszłości", 3) collage trzech utworów muzycznych jako lustro struktury Ja pacjenta, prezentowany grupie przez terapeutę oraz 4) następująca po nim technika preferencji muzycznych, diagnozująca motywację pacjenta do zmian oraz fazę leczenia, 5) psychodrama Morenowska z użyciem instrumentów muzycznych – gra na scenie dotycząca głównego problemu/konfliktu wewnętrznego, w której dokonuje się naprawy doświadczeń urazowych, uzupełnia deficyty oraz integruje osobowość pacjenta (Galińska, 2012, s. 68).

Oddziaływanie samej muzyki jest doceniane przez praktyków tego modelu, można tu zatem mówić o muzyce jako terapii; jednocześnie jednak pełni tu ona rolę pośrednika, pretekstu, medium dla ujawniania treści pozamuzycznych, czyli funkcje muzyki w terapii.

Opisane powyżej modele muzykoterapeutyczne należą do najpopularniejszych na świecie i w Polsce, choć oczywiście nie wyczerpują istniejącego repertuaru. Stanowią podstawę kształcenia muzykoterapeutów w różnych ośrodkach, przychylających się do tkwiących u ich podstaw teorii, determinują pracę wielu klinicystów, rzutują na metodologię badań prowadzonych w ich kontekście. W codziennej praktyce muzykoterapeuci pracujący z osobami o różnych typach zaburzeń i problemów bardzo często skłaniają się jednak ku kreatywnemu łączeniu modeli, mając na uwadze indywidualne cele oraz możliwości prowadzenia terapii. Niezwykle istotne są także preferencje klienta, jego umiejętności, nastawienie, poziom funkcjonowania. Wymienione modele stanowią zwarte, zintegrowane i całościowe organizmy, złożone z koncepcji teoretycznych, wieloletnich doświadczeń klinicznych ich autorów oraz technik, ćwiczeń, zadań. Te ostatnie jednak nie są sztywnym zestawem konkretnych i niezmiennych propozycji – w ramach ogólnych założeń stanowią one kreatywne i często spontaniczne działania – niekoniecznie przypisane do danego modelu. Równocześnie – ze względu na elastyczny charakter działań muzycznych oraz wielość

perspektyw – te same ćwiczenia bywają stosowane przez terapeutów o różnych teoretycznych proweniencjach; są one zapewne inaczej interpretowane, lecz w przebiegu praktycznym mogą wyglądać identycznie.

Techniki

Rozdział ten przybliży wybrane techniki muzykoterapii, zarówno w jej aktywnym, jak i receptywnym obliczu. Przedstawione poniżej sposoby oddziaływań nie zostały podzielone na te skierowane do dzieci i przewidziane dla starszych klientów. Choć oczywiście niektóre ćwiczenia czy techniki wydają się bardziej adekwatne do danego wieku, to często zadania bardziej dziecinne z przyjemnością realizowane są przez starszych, łącząc się z atmosferą zabawy, a techniki bardziej wymagające niemal zawsze da się zaadaptować do możliwości młodszego klienta. Działania uporządkowane zostały według rodzaju dominującej aktywności, wedle wspomnianych doświadczeń K. Bruscii (1998). Opisano zatem grupy wykorzystujące procesy komponowania, improwizowania, wykonywania/odtwarzania, słuchania. Następnie przedstawiono techniki łączone.

Komponowanie

W pierwszej kolejności przedstawione zostaną techniki związane z doświadczeniem tworzenia. Są to:

- pisanie piosenki (*songwriting*),
- swoista forma pisania piosenek polegająca na zastępowaniu istniejących słów piosenki własnym tekstem,
- komponowanie utworu instrumentalnego.

W technikach tych wyjątkowo ważny jest odpowiedni poziom ingerencji/pomocy ze strony terapeuty – w zależności od możliwości klienta dostosowuje on swój udział w procesie twórczym.

W drugiej z wymienionych technik rolą klienta jest parafrazowanie istniejących słów wybranej piosenki lub tworzenie odrębnego tekstu do istniejącej melodii. Utwór pochodzący ze znanego pacjentowi repertuaru staje się zatem bazą dla jego kreatywnych działań. Technika ta jest dobrym narzędziem w przypadku, gdy poziom funkcjonowania klienta uniemożliwia zastosowanie dwóch pozostałych technik, albo jako wprowadzenie do późniejszych, bardziej samodzielnych i niezależnych form aktywności muzycznej.

W przypadku kompozycji instrumentalnej element kreacji dotyczy wyłącznie warstwy muzycznej. Tworząc kompozycję instrumentalną lub wokalno-instrumentalną, niemieszczącą się jednak w formie piosenki, za punkt wyjścia można uznać improwizację albo zaplanować strukturę całości, konstruując szkic. W tym drugim przypadku, utrwaliwszy plan na papierze (w formie nut lub alternatywnych notacji) bądź wyłącznie zapamiętawszy, klient wraz z terapeutą wypełnia go muzyczną treścią, która wynika z poprzednich muzycznych doświadczeń i wiedzy lub jest utworzona na podstawie muzycznego, dźwiękowego eksperymentowania.

W pisaniu piosenki zarówno warstwa słowna, jak i muzyczna są wynikiem kreatywności klienta. W praktyce proces ten może przebiegać bardzo różnie. Stworzenie piosenki czy utworu może

zamknąć się w jednej sesji lub stać się centrum wielotygodniowego procesu. Podczas rozmowy klaruje się temat (sytuacja, odczucie, refleksja), który staje się inspiracją dla powstającego tekstu. Klient – w zależności od swoich możliwości – może następnie samodzielnie tworzyć kolejne wersy i zwrotki, spontanicznie proponować pomysły, którym prowadzący nada poprawną strukturę językową. Terapeuta może także, zadając odpowiednie pytania, uzyskać informacje stanowiące podstawę tekstu. Podobnie z warstwą muzyczną: może ona w całości stanowić samodzielne dzieło klienta (choć rzadko się zdarza, by osoba, która nie jest wykształconym muzykiem, była w stanie podołać temu zadaniu), może powstać w wyniku wspólnej improwizacji, klient może być autorem wybranych elementów dzieła (melodia, struktura rytmiczna, dynamika, instrumentacja, określenia charakteru), może także wskazać na wybrany gatunek i poprosić terapeutę o skomponowanie piosenki mieszczącej się w danym stylu lub wreszcie wybrać z propozycji przedstawionych przez terapeutę.

Stosując trzy ostatnie techniki, można zmierzać do realizacji różnych celów, skupiając się na innych aspektach procesu i produktu. Ćwiczenie funkcji wykonawczych, takich jak umiejętność planowania, porządkowanie, wybieranie i decydowanie, może być jednym z nich. Pisanie piosenek wymusza aktywizację werbalizacji, sprzyjając ekspresji emocjonalnej oraz wzrostowi świadomości i umiejętności rozpoznawania emocji, ich przyczyn i zachowań z nimi związanych. Stworzenie piosenki/utworu przyczynia się także do podniesienia poczucia własnej wartości, poprawy samopoczucia, podwyższenia nastroju.

Improwizacja

Drugą szeroką i użyteczną grupą technik są działania wykorzystujące różne formy improwizacji. Kompletny, całościowy model bazujący przede wszystkim na tym rodzaju doświadczenia muzycznego to muzykoterapia kreatywna (podejście Nordoff–Robbins). Istnieje jednak szereg technik opartych na improwizacji, które mogą mieć zastosowanie w oderwaniu od tego modelu, w innych konstruktach lub w podejściu eklektycznym. Punktem wyjścia do ich prezentacji może być rozróżnienie na improwizacje związane z referencjalnym i absolutnym sposobem odbierania i tworzenia muzyki. Te pierwsze ukierunkowane są na konkretne zjawiska, tematy pozamuzyczne (Cesarz, 2003a). Te drugie nie odwołują się do innych znaczeń niż czysto muzyczne. Improwizacja referencjalna może dotyczyć tematów bardzo ogólnych, takich jak pogoda czy dźwięki przyrody, wspomagając integrację grupy, rozbudzając kreatywność i ekspresję, stabilizując nastrój. Może sięgać w rejony zaburzone, kiedy za pomocą gry czy śpiewu uczestnicy terapii próbują przedstawić własne stany emocjonalne i to, co się z nimi wiąże. Umożliwia także – dzięki odpowiedniej strukturze – ćwiczenie interpersonalnych zachowań społecznych, takich jak rozmowa, kłótnia, konflikt, osiąganie kompromisu, asertywność, podporządkowanie. Taką szansę daje zastosowanie techniki dialogu instrumentalnego, gdzie wyrażając się, odzywając się za pomocą instrumentów w sposób nieukierunkowany, czy próbując muzycznie odegrać wybraną scenę, klienci ćwiczą różne typy sytuacji komunikacyjnych i interakcję (Cesarz, 2003a). W takiej formie muzyka oddziałuje podobnie jak drama, jednak z użyciem muzycznego, nie werbalnego języka. Język muzyczny, choć znaczeniowo niekonkretny, ma tę przewagę, że w sposób bardziej bezpośredni staje się nośnikiem emocji, które w ten sposób wyrażone mogą zostać rozpoznane i uświadomione.

Struktura jest czynnikiem bardzo istotnym w improwizacji absolutnej. O ile w przypadku gry referencjalnej odniesienia do sfery

pozamuzycznej nadają muzyczną formę, są czynnikiem porządkującym, o tyle przy braku niemuzycznych skojarzeń struktura musi się zawrzeć w zjawiskach wyłącznie dźwiękowych. Tutaj także możliwości jest bardzo wiele: od pełnej spontaniczności (improwizacja bez reguł) do ścisłej struktury (np. przy dokładnie określonych schematach rytmicznych). Taka improwizacja wymaga kontroli impulsów, koncentracji uwagi, współpracy, podporządkowania regułom. Umiejętności te są zatem ćwiczone, przy jednoczesnej wysokiej motywacji do ich realizacji, zbudowanej na samoczynnie nagradzającym, bo przyjemnym, procesie tworzenia oraz na rezultacie – estetycznie zadowalającym produkcie muzycznym. Struktura takiej improwizacji może być wprowadzona werbalnie, przez wyjaśnienie, zaprezentowanie i przypisanie muzycznych ról osobom uczestniczącym we wspólnym muzykowaniu. Może zostać narzucona i zaplanowana przez terapeutę lub ustalona wspólnie. Omijając element werbalny, często wywołujący niepotrzebne zamieszanie, struktura może zostać także niejako wymuszona poprzez cechy gry terapeuty (np. zdecydowany puls i odpowiednia akcentuacja sprawią, że z dużym prawdopodobieństwem klient intuicyjnie podda się im i dostosuje własną produkcję muzyczną do dominujących reguł; podobnie narzucone mogą zostać rozkład napięć, dynamika, charakter). Podobny rezultat daje improwizacja, której tło stanowi nagranie utworu. Z jednej strony element dowolności zostaje zachowany, z drugiej jednak – przy odpowiednim doborze instrumentów oraz dyscyplinie grupy – forma kompozycji pozostaje czytelna.

W ramach improwizacji, dla uwolnienia pełnego terapeutycznego potencjału wspólnego muzykowania oraz w celu utrzymania wspomnianej struktury (formy gry), muzykoterapeuci stosują różnorakie techniki. Uporządkowania oraz klasyfikacji tychże dokonał T. Wigram (2004). Według niego swą rolę dobrze spełniają opisane poniżej formy działania.

Odzwierciedlanie, kopiowanie. Odzwierciedlanie to technika polegająca na możliwie dokładnym odwzorowywaniu zachowań muzycznych klienta. Kopiowanie opiera się na bezpośrednim ich powtarzaniu na zasadzie echa. W obu przypadkach muzyczna

produkcja terapeuty ma być jak najbardziej zbliżona do działania pacjenta – podobieństwo powinno dotyczyć maksymalnej ilości elementów, tj. wysokości dźwięku, artykulacji, dynamiki, struktury rytmicznej i harmonicznej, a także zachowań pozamuzycznych – mowy ciała, charakteru ruchu. Celem zastosowania techniki jest przykucie uwagi klienta, bezpośrednie wyrażenie zrozumienia oraz muzyczne „spotkanie" w jego punkcie wyjścia.

Dopasowywanie się (*matching*). Terapeuta dostosowuje się, wpasowuje w propozycję muzyczną klienta; w swej grze opiera się na tym samym tempie, dynamice i innych obecnych w wykonaniu pacjenta jakościach. Gra terapeuty nie jest identyczna z grą klienta, lecz osadzona w tym samym stylu, z użyciem podobnych ograniczeń czy reguł.

Improwizacja refleksyjna. Gra terapeuty nie dopasowuje się do gry klienta, lecz stanowi empatyczną refleksję, komentarz do niej. Terapeuta słucha gry klienta i proponuje własną refleksję na jej temat.

Ugruntowanie (*grounding*). Ugruntowywanie to stabilny, zdecydowany element gry terapeuty, dający klientowi poczucie „zakotwiczenia". Może nim być stały puls, powtarzająca się kadencja, proste ostinato. Wyróżnia się ugruntowywanie rytmiczne i harmoniczne.

Dialogowanie, jako analogia rozmowy, polega na swoistej wymianie muzycznych informacji. W dialogowaniu muzycznym wskazać można dwa główne typy: 1) opierający się na naprzemienności wypowiedzi, gdy osoby wymiennie zabierają muzyczny głos, a następnie pauzują, pozostawiając czas na wypowiedź interlokutora; 2) mający charakter stałej, wspólnej gry, jednak z czytelnie obecną wymianą muzycznych myśli. Muzyczne dialogowanie może być stymulowane na różne sposoby: przy użyciu gestów muzycznych lub fizycznych czy przez zastosowanie odpowiednich wskazówek werbalnych. Najlepszą formą wydają się zachowania muzyczne, intuicyjnie narzucające odpowiednią strukturę gry, takie jak pauzowanie i oczekiwanie na wypowiedź klienta, zagospodarowywanie pauz w wypowiedzi pacjenta lub

modelowanie jego gry za pomocą czytelnych muzycznych sugestii wspartych zachętą do ich imitacji.

Akompaniowanie. W tej technice, tak jak we wszystkich muzycznych formach akompaniamentu, współgrającemu – w muzykoterapii: klientowi – pozostawia się rolę prowadzącą, eksponowaną, solistyczną. W tym przypadku gra terapeuty powinna być prosta i wycofana w stosunku do wypowiedzi muzycznej klienta.

Nadawanie ram (*frameworking*) w muzykoterapeutycznej improwizacji oznacza wprowadzenie jasnej stylistycznie struktury muzycznej, w której klient będzie mógł swobodnie znaleźć miejsce na własną muzyczną ekspresję. Ramy stanowić może wybrany idiom muzyczny, indywidualny dla terapeuty lub rozpoznawalny szerzej, na przykład jazzowy czy bluesowy (z zastosowaniem odpowiedniej skali czy charakterystycznej linii basu – *walking bass*), góralski, cygański, chiński, hiszpański (dzięki zastosowaniu skal i struktur rytmicznych).

Jeszcze inną formą improwizacji, często o dość ścisłej strukturze, jest krąg bębniarski (drum circle). Jak sama nazwa wskazuje, uczestnicy sesji grupowej zostają usadowieni w okręgu oraz wyposażeni w bębny różnego typu. W sytuacji muzykoterapeutycznej terapeuta najczęściej przyjmuje rolę lidera, inicjuje rytm, w który wpasowują się wszyscy członkowie grupy, a następnie prowadzi grę przez sugestywną ekspresję muzyczną, ruch (na kształt uproszczonego dyrygowania) lub wskazówki werbalne (okrzyki).

Wykonywanie/odtwarzanie

Tak jak cienka i niekonkretna jest granica przebiegająca między improwizacją a twórczością, tak niełatwo wskazać, gdzie oddziela ona ściśle zaplanowaną improwizację od wykonawstwa. Rozpoczynając opis tego doświadczenia i wskazując na obszar graniczny łączący wykonywanie i improwizację, wymienić można zabawę w dyrygenta i orkiestrę, kiedy to grupa terapeutyczna wyposażona w instrumenty gra zgodnie z ruchowymi wskazówkami swego wybranego członka. Aktywność ta ma ogromne powodzenie wśród dzieci i młodszych nastolatków. Dzięki zmianie ról pozwala na trening wchodzenia w interakcję z różnych pozycji: prowadzącego, dominującego, ważnego, ale i odpowiedzialnego, samotnego dyrygenta, oraz członka orkiestry, osoby podporządkowującej się, pozostającej w zbiorowości, współodpowiedzialnej, ale nieeksponowanej. „Dyrygent" mierzy się z własnymi możliwościami, konfrontuje się z grupą, ma szansę na nieskrępowaną ekspresję i otwarcie. „Orkiestrowicz" hamuje impulsy, koncentruje się na kimś, stara się pomóc w realizacji dzieła. W obu przypadkach zadanie ćwiczy ważne umiejętności społeczne.

Do typowych działań mieszczących się w tej grupie zaliczane jest uczenie się i wykonywanie utworów, których stopień trudności zależy od poziomu funkcjonowania klientów. Dla niektórych populacji znakomite rozwiązanie stanowi zastosowanie różnego typu notacji alternatywnych (kolory przypisane do dźwięku czy klawisza, rysunki, ustalone znaki), dzięki którym można odczytywać zapis utworu. Dobrze sprawdzają się tutaj kompozycje na instrumenty orffowskie z szerokiego wachlarza propozycji edukacji muzycznej. Proces uczenia może mieć bardzo różny przebieg – może wypełniać jedną tylko sesję lub być zamierzeniem związanym z całoroczną pracą terapeutyczną. Często musi się wiązać z wielokrotnym powtarzaniem – nie każdy klient potrafi sprostać takiemu zadaniu, dla wielu jest to znakomita okazja do ćwiczenia koncentracji uwagi, wytrwałości,

cierpliwości, dokładności oraz – w przypadku grupy – współdziałania.

Wspólne śpiewanie to kolejna aktywność lubiana przez niemal wszystkich, za pomocą której można oddziaływać na różne sfery: emocjonalną, poznawczą, społeczną. Dzięki tej aktywności buduje się spójność grupy, stabilizuje nastrój, stymuluje ekspresję. Istnieją badania wskazujące na celowość stosowania tej prostej, tradycyjnej formy muzycznego działania (Clark, Harding, 2012). Wykonawstwo piosenek czy utworów może być nastawione na tu i teraz sesji muzykoterapeutycznej; oparte na uczeniu się i ćwiczeniu repertuaru może także stanowić etap przygotowawczy do publicznego występu. Aspekt ten wymaga gruntownego przemyślenia. Wiele jest plusów wynikających z konfrontacji publicznej, w której możliwe jest pochwalenie się nauczoną umiejętnością, istnieje jednak równie wiele pułapek i zagrożeń z niej płynących. Aspekty przeciwne terapeutycznemu charakterowi to przede wszystkim presja związana z występem, stres, znalezienie się w sytuacji oceny, spora liczba czynników niewiadomych, niekontrolowanych (np. reakcje publiczności). Koncert może być doświadczeniem nadmiernie stymulującym, budzącym wygórowane, niemożliwe do spełnienia oczekiwania, prowadzącym do przykrej konfrontacji przekonań o własnych możliwościach z rzeczywistością oraz upublicznieniem bardzo prywatnych, intymnych treści (McFerran, 2010). Z tego typu wydarzeniem wiążą się jednak również: poczucie spełnienia, osiągnięcia i przełamania własnych oporów czy barier, dowartościowanie płynące z bycia w centrum. Publiczne koncerty mogą mieć pozytywny wpływ nie tylko na wykonawców, ale także na środowisko, społeczność w sensie ogólniejszym (Ansdell, 2010). Występ w wykonaniu osób z wszelkiego rodzaju problemami kieruje większą uwagę na zjawisko, zmniejsza izolację i wspomaga integrację społeczną.

Słuchanie

Opisane dotychczas techniki należały do grupy aktywnych, kolejne eksploatować będą doświadczenie słuchania. Techniki te, zwane receptywnymi, zostały w literaturze polskiej wnikliwie opisane przez K. Stachyrę (2012b) w publikacji *Podstawy muzykoterapii*. Muzykoterapeuta pragnący zastosować w praktyce podejście oparte na słuchaniu zdecydowanie powinien się zapoznać z tą książką.

Analiza tekstu piosenki czy dyskusja na jego temat (*lyric analysis*, *song lyric discussion*) to jedna z technik wykorzystujących istniejącą piosenkę, wybraną przez uczestnika terapii bądź terapeutę, stosowana w ramach sesji zarówno indywidualnych, jak i grupowych. Jej celem może być wywołanie skojarzeń lub wspomnień czy werbalne uzewnętrznienie doznań emocjonalnych związanych z muzyką. Tekst piosenki może być punktem wyjścia do pogłębionej rozmowy, prowadzącej do poznawczych konstatacji. Dzielenie się piosenką z grupą może pełnić podobną rolę. Uczestnicy grupy są proszeni o przyniesienie na sesję nagrania utworu, który ma dla nich wyjątkowe znaczenie. Wysłuchanie piosenki i omówienie jej stają się pretekstem do wzajemnego poznania się członków grupy, jej integracji oraz poruszenia indywidualnie istotnych treści.

Ze słuchaniem muzyki wiążą się działania różnego typu sprzyjające relaksacji i aktywizacji wyobraźni. Tu znów bardzo istotnym czynnikiem jest dobór materiału muzycznego w zależności od preferencji klienta. Stan relaksu wywoływać może muzyka różnych gatunków. Typowa muzyka relaksacyjna, monotonna, w spokojnym tempie, może być dla niektórych zagrażająca i nazbyt konfrontacyjna, a reakcje na nią to czasami lęk, agresja, irytacja bądź znudzenie. Warto więc skonsultować wybór podkładu muzycznego z klientem.

Niezwykle istotne jest przygotowanie do wszelkiej relaksacji. Musi ona być wprowadzana stopniowo. Niektóre grupy, na przykład dzieci z zaburzeniami emocji i zachowania, bardzo często doświadczyły różnego rodzaju traumy, co uwidacznia się w zadaniach

wymagających spokoju i wewnętrznej koncentracji – konieczne jest zatem stopniowe oswajanie ze stanem rozluźnienia. Dobre rozwiązanie stanowi wprowadzenie elementu ruchu lub ekspresji plastycznej. Dowolny taniec do muzyki, na przykład tzw. lustra (grupa podzielona jest na pary, w każdej z nich jedna z osób naśladuje ruchy drugiej; możliwe są różne wersje – z dotykiem lub bez, z otwartymi lub zamkniętymi oczami; wszystkie ruchy odbywają się w zwolnionym tempie), malowanie w powietrzu, masażyki (dla dzieci młodszych) czy inne tego typu zabawy muzyczno-ruchowe wprowadzają w stan uspokojenia i relaksu, jednocześnie nie wymuszając paraliżującej niektórych koncentracji na sobie. Podobnie oddziałuje swobodne malowanie do muzyki czy tworzenie mandali.

Relaksacja może przebiegać z użyciem elementów treningu autogennego (Matuszak, 2007). W przypadku dzieci dobrze sprawdzają się tutaj – na etapie wprowadzenia narracji – wszelkie spersonalizowane historie, improwizowane opowieści snute na muzycznym tle, których głównym bohaterem jest wybrana postać czy sam mały klient, przeplatające się z instrukcjami treningu. Istotne, by treść opowieści nie była zbyt emocjonująca – przygody spotykające bohatera powinny mieć przyjemny, spokojny charakter. Dobrze, jeśli w narracji pojawią się elementy odnoszące się do ciepła i ciężkości (np. kubek gorącej czekolady, która po wypiciu wypełnia cały brzuch ciepłem i słodyczą, zapadanie się w wygodny materac czy chmurkę). Opowiadana historia może nawiązywać do sytuacji lubianych przez dziecko, pozytywne reakcje wywołuje umieszczenie w nich ulubionych postaci (zwierzątko, postać z bajki czy komiksu). Relaksacja przeprowadzona na podstawie ogólnodostępnych tekstów również może się udać, jednak wydaje się, że właśnie takie osobiste „bajki" nie tylko lepiej uwalniają od napięć, lecz także budzą większą sympatię dziecka.

Taki typ relaksacji właściwie wkracza już w teren stymulacji wyobrażeń przy muzyce, zwanych czasem wizualizacją muzyczną czy kierowanymi wyobrażeniami przy muzyce. Spotykane czasem równoznaczne stosowanie terminu „wyobrażenia" i „wizualizacja" budzi pewne wątpliwości. Drugie określenie odnosi się bezpośrednio do doświadczeń wizualnych, wzrokowych, podczas gdy przeżycia

wywoływane muzyką mogą przybrać formę doznań słuchowych (pozamuzycznych), węchowych, smakowych, dotykowych czy kinestetycznych, w zależności od specyfiki wrażliwości słuchacza (Parker, 2007). „Wizualizacja" wydaje się w tej sytuacji określeniem upraszczającym i niepotrzebnie zawężającym zjawisko; „wyobrażenia" są bardziej adekwatne. Jednak ze względu na obecną w polskiej literaturze przedmiotu równoznaczność powyższych określeń zdecydowałam się używać ich wymiennie.

Wizualizacja muzyczna może się odbywać na dwóch poziomach, zróżnicowanych pod względem stopnia oddziaływania terapeuty oraz głębokości przeżyć i eksploracji wewnętrznej klienta. Poziom płytszy, czyli tzw. **wspierająca wizualizacja muzyczna**, działa wyłącznie na emocjach i doznaniach pozytywnych; pełne instrukcje terapeuty umożliwiają doświadczanie przyjemności, rozluźnienia, satysfakcji estetycznej i osobistej. Na poziomie głębszym, zwanym **reedukacyjną wizualizacją muzyczną**, terapeuta stymuluje pracę wyobrażeniową, konfrontując klienta zarówno z pozytywnymi, jak i trudnymi sytuacjami, muzyka zaś koresponduje z procesem wyobrażeniowym (Stachyra, 2009a). Związek wyobrażeń i muzyki bywa różny. Jeśli w aktywności obecna jest werbalna instrukcja, muzyka może stanowić jedynie tło. Element dźwiękowy powinien być wtedy prosty, przewidywalny, monotonny, emocjonalnie neutralny. Jeśli jednak ukierunkowanie słowne jest ograniczone, muzykę – pełniącą w tym wypadku rolę prowadzącego – powinny cechować zróżnicowanie, złożoność, zmienność (Parker, 2007).

W przypadku działań na poziomie głębszym powinno się zachować wielką ostrożność. Uruchomienie wyobrażeń może wpłynąć na uzewnętrznienie silnych i trudnych emocji, traumatycznych wspomnień i głębokich przeżyć – taka reakcja klienta ma potencjał katartyczny, oczyszczający, jednocześnie jednak może zadziałać bardzo destrukcyjnie, gdy nie jest on gotów na konfrontację z obciążającym doświadczeniem. Jednak starannie przemyślane aktywności, w których stosuje się reedukacyjną wizualizację muzyczną, mogą wspomagać proces korygowania postaw negatywnych, rozwijać umiejętność rozpoznawania emocji i radzenia sobie z nimi.

Interesującym rozwiązaniem, szczególnie w pracy z dziećmi w wieku wczesnoszkolnym, jest wprowadzenie do działań wizualizacyjnych elementu ruchu. K. Krasoń i G. Szafraniec (2002) proponują aktywność z zastosowaniem ruchowego elementu niedyrektywnego na etapie początkowym, po uporządkowaną konstrukcję ruchową jako rezultat ostateczny. Indukcja – z zastosowaniem odpowiednio dobranej muzyki i obrazu – prowadzi do improwizacji ruchowej; po niej i na jej podstawie następuje ustalenie konstruktu ruchowego w przestrzeni.

> Komponuje się wspólny, powtarzalny schemat poszczególnych znaków kinetycznych, będących wypadkową przeżyć wszystkich uczestników. To grupowy taniec, opowieść ruchowa, w której dochodzą do głosu emocje i asocjacje indywidualne, ale uporządkowane we wspólny konstrukt (Krasoń, Szafraniec, 2002, s. 16).

W przypadku tego typu oddziaływań – choć obszar bezpieczeństwa może zostać naruszony – dzięki ich większej pośredniości, metaforyczności z jednej strony, z drugiej zaś za sprawą fizyczności będącej elementem doświadczenia, trudne przeżycia mogą uzewnętrznić się w oczyszczający, a nie zagrażający, sposób.

Relaksacja czy stymulacja wyobrażeń mogą się odbywać przy odtwarzaniu nagrania lub z akompaniamentem wykonywanym lub improwizowanym przez terapeutę. Ta ostatnia forma pozwala na dużą elastyczność; improwizacja może podążać za narracją lub – gdy narratorem i akompaniatorem jest jeden terapeuta – może prowadzić i wzbogacać instrukcje słowne. Wymaga to oczywiście dużej biegłości i swobody w grze na instrumencie i przede wszystkim ogromnej podzielności uwagi. Dobrze sprawdza się tutaj gitara, która pozwala na stosunkowo bliski kontakt fizyczny (muzykoterapeuta siedzi obok leżącego najczęściej klienta, obserwując jego reakcje) i jednocześnie ma subtelne brzmienie adekwatne do tła muzycznego. Możliwe jest także użycie instrumentu klawiszowego, w odpowiedniej dynamice.

Specyficzne techniki receptywne powstały na gruncie francuskim. Jedną z nich jest tzw. **muzyczne karmienie**, autorska koncepcja E.

Lecourt (2008). Polega ona na tym, że odtwarza się pacjentowi jednostajną muzykę w sposób nieprzerwany, budując między nim a dźwiękami rodzaj relacji odzwierciedlającej związek niemowlęcia z matką. Po tej pierwszej fazie działanie zostaje uzupełnione o element werbalny (Cesarz, 2012). Z kolei J. Jost zaproponował organizowanie terapii wokół trzech zróżnicowanych utworów bądź fragmentów muzyki. Pierwszy z nich, zgodnie z zasadą ISO, powinien korespondować ze stanem wyjściowym klienta, drugi ma stanowić względem niego kontrast, ostatni zaś, o pozytywnym wydźwięku zgodnym z celem terapii (uspokajającym lub aktywizującym), wieńczy sesję muzykoterapeutyczną (Cesarz, 2012).

Techniki łączone

Przy omawianiu relaksacji wspomniano o możliwości wykorzystania ruchu. Aktywność fizyczna wydatnie wspomaga działania muzykoterapeutyczne także w celach innych niż usuwanie napięcia. Młodsze dzieci bardzo dobrze reagują na propozycje działań rytmicznych, jak zabawy muzyczno-ruchowe czy ćwiczenia inhibicyjno-incytacyjne. Spontaniczna ekspresja dziecka nierzadko łatwiej znajduje ujście właśnie w geście czy ruchu niż w formie zwerbalizowanej (Krasoń, Mazepa-Domagała, 2003). Integrację wspomagają odpowiednie tańce zespołowe. Pretekstem do analizy poznawczej lub wglądu mogą się stać ruchowe ćwiczenia przy muzyce, nawiązujące do postaci archetypicznych lub sytuacji społecznych, zaliczane czasem do choreoterapii (rodzic i dziecko, drapieżca i ofiara, matka i ojciec, wojownik i wędrowiec, żywioły).

Ciekawych możliwości dostarcza także łączenie muzykoterapii z elementami innych sztuk. Wspomniano o „przekładaniu" wrażeń pojawiających się przy muzyce na formę plastyczną i ruchową. Możliwa jest także sytuacja odwrotna, gdy dany obraz inspiruje do improwizacji. Wartościowym ćwiczeniem może być również tworzenie opowiadania przy muzyce lub odgrywanie istniejącej opowieści za pomocą instrumentów. Zastosowanie takiego właśnie swoistego przekładu intersemiotycznego, w którym znaki będące kodami danej dyscypliny sztuki zostają niejako przetłumaczone na symbole charakterystyczne dla innej, sprzyja integracji sfery emocjonalnej, wspomaga rozwój procesów poznawczych, szczególnie myślenia na poziomie obrazowym, symbolicznym, logicznym i abstrakcyjnym (Krasoń, Mazepa-Domagała, 2003).

Jak wspomniano, wymienione techniki można stosować z różnymi grupami docelowymi. Istotne jest, by w razie potrzeby, mając świadomość problemów w funkcjonowaniu odbiorców, umieć je zaadaptować i elastycznie dostosować do sytuacji. W praktyce praca muzykoterapeuty to nieustanne wyzwanie dla jego kreatywności.

Przedstawione w powyższym rozdziale techniki z pewnością nie wyczerpują możliwości i nie stanowią pełnego opisu. Przedstawiono je w formie podstawowej, w sposób ogólny. W praktyce stają się kanwą zróżnicowanych ćwiczeń, zadań i zabaw.

Część II

Organizacja procesu muzykoterapeutycznego

Wprowadzenie

Kolejna część książki dotyczyć będzie muzykoterapii w praktyce, w jej czasowym przebiegu. Przedstawiono tu kilka zagadnień determinujących i porządkujących proces terapeutyczny. Jest oczywiste, że przebieg terapii, jako dynamicznego zjawiska, nie jest możliwy do przewidzenia w stu procentach. Wiadomo jednak, że jedynie staranne zaplanowanie działań może prowadzić do pełnej realizacji potencjału terapeutycznego, tkwiącego w postępowaniu muzykoterapeutycznym.

Działalność muzykoterapeutyczna, podobnie jak każda inna praca o charakterze terapeutycznym czy pedagogicznym, bywa osadzana w różnych orientacjach psychologicznych i perspektywach psychoterapeutycznych. Może wyrastać z opisywanych wcześniej podejść: psychodynamicznego (Soshensky, 2007; Tervo, 2001; de Backer, 1993), humanistyczno-egzystencjalnego (Flower, 1993), behawioralno-poznawczego (Plener, Sukale, Ludolph, Stegemann, 2010). U jej podstaw może także leżeć podejście mieszane, eklektyczne (McFerran, 2010). Założenia te wpłyną znacząco na kształtowanie całej terapii, na relacje powstające na jej gruncie, wreszcie na stopień zaplanowania. Działania wyrastające z myślenia humanistycznego i psychodynamicznego będą swobodniejsze, elastyczniejsze, wynikające z rozwoju sytuacji, częściej improwizowane niż te ugruntowane w koncepcji behawioralnej i poznawczej, dla których struktura ma kluczowe znaczenie.

Bieżący rozdział przedstawia krótko kolejne etapy muzykoterapeutycznych oddziaływań: rozpoznanie, wyznaczanie celów, planowanie terapii, realizację terapii, ewaluację rezultatów.

Rozpoznanie

W sytuacji każdego leczenia czy terapii moment rozpoznania wstępnego jest kluczowy dla ustalenia przebiegu i formy późniejszych oddziaływań. Także w muzykoterapii etap ten jest istotny, a postępowanie – specyficzne. Konieczność sformułowania rozpoznania przed rozpoczęciem działań terapeutycznych dotyczy wszystkich grup klientów, sama diagnoza może jednak – w zależności od populacji – przybrać różną formę. Sposoby pozyskiwania informacji stających się podstawą rozpoznania, oceny, „diagnozy", mogą być także odmienne, zależnie od funkcjonowania jednostki czy grupy.

Dokonywanie rozpoznania nie jest związane wyłącznie z etapem wstępnym, choć oczywiście przed rozpoczęciem terapii czy w samych jej początkach ma znaczenie podstawowe. Podobne postępowanie jest jednak równie istotne w trakcie przebiegu leczenia oraz w fazie końcowej, gdy stwierdza się ewentualne zmiany czy postępy poczynione przez osobę będącą oczekiwanym beneficjentem oddziaływań. A. Meadows (2005) wskazuje na pięć podstawowych celów przeprowadzania rozpoznania. Są to cele:

- diagnostyczny (określenie funkcjonowania klienta i sklasyfikowanie przejawianego zaburzenia, jego przyczyn i symptomów),
- interpretacyjny (umiejscowienie zachowań klienta w obszarze danej teorii),
- opisowy (szczegółowy, zindywidualizowany opis zachowań),
- preskryptywny (wskazanie obszarów potrzeb, celów terapii i adekwatnych metod),
- ewaluacyjny (ustalenie linii bazowej zachowań klienta, a następnie wskazanie zmian powstałych w ich przebiegu na skutek wprowadzanych oddziaływań).

Cele te nie wykluczają się i nierzadko przeprowadzenie rozpoznania realizuje kilka z nich łącznie.

Rozpoznanie muzykoterapeutyczne składa się z dwóch komponentów: ogólnego oraz o profilu muzycznym. Wątek ogólny zawiera zapoznanie się z dokumentacją dotyczącą klienta, przeprowadzenie wywiadu z rodziną, opiekunami, profesjonalistami uczestniczącymi w leczeniu oraz – jeśli to możliwe – z samym klientem. Podczas takiego wywiadu gromadzone są podstawowe dane biograficzne i informacje związane ze sposobem funkcjonowania osoby rozpoznawanej. Komponent drugi – muzyczny – powinien umożliwić uzyskanie wiedzy na temat ściśle muzycznych zachowań i doświadczeń klienta, jego preferencji i przyzwyczajeń; źródłem takich informacji będą aktywności opierające się na typach doświadczeń muzykoterapeutycznych (improwizacja, wykonywanie, tworzenie, słuchanie), zaproponowane podczas wstępnej sesji. W ramach rozpoznania bada się zatem zarówno ogólny, jak i muzyczny sposób funkcjonowania klienta. P. Codding (2002) sugeruje, by obserwowane, niemuzyczne zachowania klasyfikować w czterech obszarach – jako: fizyczne/motoryczne, poznawcze/akademickie (edukacyjne), społeczne/emocjonalne, rekreacyjne. M. Cassity i J. Cassity (1998) proponują dokonanie charakterystyki klienta w innych, bardziej szczegółowych grupach: zachowanie, afekt, doznania zmysłowe, wyobrażenia, funkcjonowanie poznawcze, funkcjonowanie interpersonalne, przyjmowane substancje (leki, uzależnienia). W profilu muzycznym należy się skoncentrować na możliwościach wokalnych, rytmiczno-perkusyjnych, reakcjach na muzykę, percepcji muzycznej oraz wspomnianych już preferencjach (Chase, 2002). Dogłębność rozpoznania, a tym samym szczegółowość postępowania oceniającego, zależy zawsze od kontekstu, w którym terapia ma się odbywać. W niektórych sytuacjach stosuje się zdobywanie detalicznych danych, kiedy indziej wystarczający jest ogólny obraz klienta i jego potrzeb. Rezultatami rozpoznania muzykoterapeuta zazwyczaj dzieli się z pozostałymi osobami wspomagającymi funkcjonowanie klienta. Informacje te mogą być przekazywane ustnie, jednak większość instytucji wymaga dokumentacji pisemnej (od krótkiej notki po wnikliwe opisy i

formularze). Sposób przeprowadzenia i udokumentowania postępowania rozpoznawczego zdeterminowany jest filozofią muzykoterapeuty oraz – szerzej – placówki, w której odbywa się terapia. Może przyjąć charakter ilościowy (z zastosowaniem odpowiednich narzędzi, np. skal czy kwestionariuszy) lub jakościowy, opisowy, narracyjny.

W muzykoterapii wciąż nie ma wielu wystandaryzowanych narzędzi do przeprowadzania rozpoznania. Powstają jednak coraz to nowsze materiały, które ułatwiają i porządkują ten proces. W 2000 roku całość numeru 18 specjalistycznego pisma „Music Therapy Perspectives" poświęcono temu właśnie zagadnieniu.

W modelach wykorzystujących improwizację najszerzej stosowane są **improwizacyjne profile rozpoznawcze** (Improvisation Assessment Profiles – IAP) autorstwa K. Bruscii (1987) oraz kategoryzacja wypowiedzi muzycznych: **rodzaje wypowiedzi muzycznych dzieci w interakcji z terapeutą** (Nordoff, Robbins, 2008) i skale ewaluacyjne dla muzykoterapii kreatywnej (Nordoff, Robbins, 2007), skonstruowane z myślą o badaniu improwizacji, utworzone na podstawie działań praktycznych C. Robbinsa i P. Nordoffa oraz ich kontynuatorów.

Profile rozpoznawcze tworzy sześć kategorii, które porządkują analizę improwizacji według następujących pojęć: zmienność (*variability*), autonomia (*autonomy*), wyrazistość, wyróżnialność (*salience*), integracja (*integration*), zgodność/stosowność (*congruence*), napięcie (*tension*). W tym przypadku współgranie elementów muzycznych w improwizacji prześwietlane jest pod kątem obecności wymienionych cech, w celu rozpoznania psychologiczno-muzycznych aspektów gry (Wigram, Pedersen, Bonde, 2004, s. 250).

W 13 kategorii ujęto rodzaje wypowiedzi muzycznych dzieci w interakcji z terapeutą. Pierwsze 3 kategorie są związane z zastosowaniem elementu rytmicznego (stworzono je szczególnie z myślą o typowej dla muzykoterapii kreatywnej formie improwizacji, w której terapeuta gra na fortepianie/pianinie, a dziecko na instrumentach perkusyjnych – bębnie i talerzu); kolejnych 5 – z ogólną jakością i charakterem gry dziecka:

- pełna swoboda rytmiczna,
- niestabilna swoboda rytmiczna,
- ograniczona swoboda rytmiczna,
- gra kompulsywna,
- gra nieuporządkowana (impulsywna, spastyczna, kompulsywno-powikłana, impulsywno-powikłana),
- gra unikowa,
- gra emocjonalno-siłowa,
- gra chaotyczno-twórcza.

Następne kategorie dotyczą innych niż perkusyjne form wypowiedzi muzycznej dziecka – są to gra na fortepianie i wypowiedzi wokalne (z rozróżnieniem na śpiew autoekspresywny, śpiew nawiązujący do materiału muzycznego zastosowanego przez terapeutę, tonalne i rytmiczne reakcje dzieci niemówiących). Ostatnia grupa dotyczy reakcji dziecka na zewnętrzne czynniki muzyczne, czyli śpiew terapeuty, stosowane przez niego idiomy muzyczne oraz zmiany w nastroju muzyki. Kategorie wypowiedzi stworzono na podstawie improwizacji z dziećmi niepełnosprawnymi intelektualnie w różnym stopniu.

Przy opisie improwizacji dla celów takich, jak ocena przebiegu zmian lub porównanie stanu bieżącego kilku jednostek przydatne są wspomniane skale ewaluacyjne. Skale te dotyczą trzech sfer – relacji, komunikacji i funkcjonowania muzycznego: skala I – relacja między dzieckiem a terapeutą we wspólnym doświadczeniu muzycznym, skala II – muzyczna komunikatywność, skala III – muzykowanie (*musicking*) – formy działania, etapy i jakość zaangażowania (Nordoff, Robbins, 2007).

Dokumentację, z którą niewątpliwie warto się zapoznać w procesie rozpoznania i diagnozy, stanowią materiały różnego typu: medyczne (np. wypisy szpitalne), opinie opiekunów, wychowawców, nauczycieli, psychologów i pedagogów, materiały zgromadzone przez opiekę społeczną, kuratora itd. Wywiady mogą być przeprowadzone – oczywiście oprócz klienta – z odpowiednimi osobami, zależnie od sytuacji. Zapewne wśród tych osób znajdą się

najbliżsi pacjenta oraz inni profesjonaliści pełniący funkcje wspomagające.

Wiedza pozyskana z zewnętrznych źródeł jest cenna, ważne jednak, by nie wpaść w pułapkę, jaką stanowi poddanie się sugestiom i opiniom innych osób. Często zachowanie człowieka w sytuacji muzykoterapeutycznej jest odmienne niż w innych okolicznościach. Specyfika kontaktu muzycznego nierzadko tak dalece determinuje funkcjonowanie, że przejawiane przez klienta zachowania okazują się zaskakujące i dla niego samego nietypowe. Istnieje natomiast zagrożenie, że terapeuta, sugerując się przyswojoną wiedzą, będzie miał pewne uprzedzenia, które utrudnią mu dokonanie możliwie obiektywnej oceny, narzucając kierunek interpretacji.

Druga składowa rozpoznania muzykoterapeutycznego, czyli profil muzyczny, ma zazwyczaj formę pierwszej sesji terapeutycznej. Celem tego spotkania jest ustalenie, jakie jest nastawienie klienta do muzyki i terapii, jaką przejawia on postawę w stosunku do aktywnego muzykowania i słuchania muzyki, jak reaguje na bodźce muzyczne, jak wchodzi w interakcję muzyczną i ogólną. Obserwacja taka może przyjąć formę standaryzowaną (gdy ukierunkowana jest na pomiar konkretnych reakcji, z uwzględnieniem ścisłych kategorii) lub niestandaryzowaną, swobodną (gdzie odnotowywane są wszystkie działania uznane za potencjalnie istotne). W ramach sesji rozpoznawczej istotne jest zbadanie umiejętności klienta w działaniach takich, jak śpiew, spontaniczna improwizacja, gra na instrumentach, zdolność do koncentracji na słuchaniu, ekspresja ruchowa itd. Upraszczając i uogólniając, można powiedzieć, że w rozpoznaniu młodszych dzieci dobrym punktem wyjścia są improwizacja, zabawy muzyczno-ruchowe oraz nauka piosenki. Takie ćwiczenia pozwalają na ocenę poziomu aktywności i energii dziecka, a także na zorientowanie się w rozwoju jego funkcji poznawczych i motoryki, w sposobie posługiwania się głosem, w stopniu kreatywności, spontaniczności i zachowaniach emocjonalnych. Nastolatki często, w początkowej fazie kontaktu, odmawiają śpiewu i gry, twierdząc, że nie potrafią tego robić. Nierzadko, jeśli w ogóle podejmują tego typu działania, obracają je w żart, karykaturę,

wygłup lub prowokację. Chętnie natomiast dzielą się swoją ulubioną muzyką, dzięki czemu terapeuta może wysnuć wnioski dotyczące przyzwyczajeń, wrażliwości muzycznej i obecności muzyki w życiu klienta. W pracy z dorosłymi dobrze rozpocząć od rozmowy (jeśli jest możliwa), słuchania muzyki i śpiewania znanych piosenek. Także osoby starsze zazwyczaj od początku chętnie angażują się w śpiew.

Na tym etapie, biorąc pod uwagę dalszy przebieg terapii, niezwykle istotne jest takie przeprowadzenie spotkania, by klient został pozytywnie zmotywowany i nastawiony do proponowanych aktywności. Akceptacja zachowań rozpoznawanej osoby jest w tym kontekście bardzo istotna.

Innym zagadnieniem związanym z momentem rozpoczęcia terapii jest problem kontraktu terapeutycznego – nieodzownego elementu w większości psychoterapii werbalnych. W muzykoterapii wątek ten nie doczekał się jak dotychczas głębszej refleksji praktycznej ani teoretycznej, brakuje standardowych form ewentualnego kontraktu czy jakichkolwiek sformalizowanych wytycznych. W psychoterapii kontrakt obejmuje uzgodnienia dotyczące zobowiązań stron (terapeuty i klienta), wzięcia odpowiedzialności związanej z udziałem w terapii, określenia celów itd. Wydaje się, że w muzykoterapii jakaś forma porozumienia w sprawie obopólnych oczekiwań i możliwości poprzedzająca proces terapeutyczny jest także osiągalna, choć ze względu na nieoczywistość znaczeniową muzyki oraz często niewerbalny charakter stosowanych doświadczeń kontrakt taki musiałby być odpowiednio elastyczny i specyficzny jednocześnie. Na podstawie własnych doświadczeń w pracy z dziećmi z zaburzeniami emocji i zachowania uważam, że sformułowanie swego rodzaju kontraktu – czasem ustnego, czasem w formie pisemnej – jest wskazane. Ważne, aby dziecko miało poczucie wpływu na zajęcia, w których uczestniczy, aby budować je z uwzględnieniem jego preferencji i potrzeb. Należy także jasno określić reguły dotyczące zachowania (czas trwania spotkań, ich częstotliwość).

Cele, plany, realizacja, ewaluacja

Cele działań muzykoterapeutycznych bywają określane bardzo różnie, zależnie od podejścia muzykoterapeuty, przyjętej przez niego perspektywy teoretycznej, zasad panujących w placówce, w której pracuje. W niektórych modelach, szczególnie tych wywodzących się z założeń humanistycznych, są bardzo ogólne, ewoluują w procesie terapeutycznym, nie są w żadnym razie sztywnym wyznacznikiem kierunku działań. W innych podejściach, przede wszystkim w orientacji behawioralnej, pojawiają się w bardzo konkretnej, uszczegółowionej postaci. Cele wyznaczają kierunek zmiany. Odnoszą się zazwyczaj do ogólnego funkcjonowania klienta.

Przykładowe **cele ogólne** to:

- poprawa umiejętności komunikacyjnych;
- pobudzenie ekspresji emocjonalnej;
- budowanie umiejętności rozpoznawania emocji;
- budowanie poczucia bezpieczeństwa;
- poprawa relacji, więzi;
- wzrost samoakceptacji i samooceny;
- obniżenie napięcia, lęku;
- relaksacja;
- poprawa umiejętności hamowania impulsów;
- aktywizacja;
- poprawa motoryki małej, dużej;
- wzrost spontanicznej kreatywności;
- poprawa umiejętności planowania, porządkowania, podejmowania decyzji;
- usprawnianie pamięci, wywoływanie wspomnień itd.

Cele ogólne odnoszą się do całości procesu terapeutycznego, są zazwyczaj długoterminowe. W muzykoterapii wyrastającej z założeń poznawczo-behawioralnych do tak sformułowanych celów ogólnych

(*goals*) ustanawia się **cele szczegółowe**, **operacyjne** (*objectives*). Dotyczą one już bezpośrednio proponowanych na pojedynczej sesji aktywności muzycznych, są formułowane na konkretne zajęcia bądź krótkie cykle, wynikają jednak wprost z celów ogólnych. W modelu amerykańskim [Wheeler, Shultis, Polen (red.), 2005] mają one trzyelementową formę i muszą zawierać:

- opis warunków, w których dane zachowanie (szeroko pojęte) będzie mogło się zrealizować;
- określenie samego zachowania;
- wskazanie kryterium, według którego ilość bądź jakość zachowania będzie mierzona.

Przykładowe cele szczegółowe dla celu ogólnego o brzmieniu „poprawa umiejętności komunikacyjnych" mogą być następujące:

- podczas wspólnej improwizacji (warunek) klient włączy się w dialog z terapeutą (zachowanie) przynajmniej trzy razy (kryterium);
- podczas rozmowy na temat tekstu wybranej piosenki (warunek) klient wypowie się (zachowanie) przynajmniej raz na forum grupy (kryterium);
- podczas wspólnej improwizacji wokalnej (warunek) klient pozostanie w kontakcie wzrokowym z terapeutą (zachowanie) przez co najmniej 1 minutę.

Takie formułowanie celów, dzięki elementowi pomiaru, pozwala na stałą ewaluację prowadzonych działań. Terapeuta w prosty sposób zaobserwuje, czy cele szczegółowe są realizowane. Jeśli tak, może podnosić poprzeczkę proponowanych ćwiczeń, jeśli nie – powtarzać je lub odpowiednio adaptować. Realizując kolejne mierzalne cele szczegółowe, można zakładać, że cele ogólne są także stopniowo osiągane. Wydaje się, że takie podejście jest odpowiednie zwłaszcza na etapie edukacji i w początkach profesjonalnej działalności terapeutycznej. Pewien rygor, jaki powoduje stałe kontrolowanie postępów działania, zwiększa gwarancję rzetelnego wykonywania zawodu.

Formułowanie planu terapeutycznego wiąże się ściśle z założonymi celami. Pytania, na jakie kolejno musi sobie odpowiedzieć muzykoterapeuta przed rozpoczęciem procesu terapii, brzmią:

1. Jakie są potrzeby klienta?
2. Jak sformułować ogólne cele terapii?
3. Które z potrzeb mogą być zaspokojone przez działania muzykoterapeutyczne? Które cele ogólne wydają się możliwe do zrealizowania?
4. Jakie aktywności muzyczne mogą temu sprzyjać?
5. W jakich warunkach można je zrealizować?

Przed rozpoczęciem procesu terapeutycznego konieczne jest podjęcie decyzji, czy lepsze uzasadnienie znajduje zastosowanie muzykoterapii w formie indywidualnej czy też grupowej. Czynnikiem najistotniejszym, branym pod uwagę przede wszystkim, powinno być oczywiście dobro klienta. Na podstawie pozyskanych informacji dotyczących jego potrzeb terapeuta decyduje, czy praca nad ich zaspokojeniem będzie efektywniejsza w środowisku grupowym (gdy np. zaburzenie wiąże się z funkcjonowaniem społecznym), czy w dwuosobowej relacji (gdy np. problem wymaga intymności i pełnego zaufania). Na uwadze trzeba mieć również organizacyjne i finansowe możliwości instytucji, w której muzykoterapia jest proponowana.

Kolejnym etapem działania jest sformułowanie planu sesji. I znów, podobnie jak w przypadku określania celów, jego kształt zależy od charakteru pracy i inklinacji muzykoterapeuty. Plan może istnieć jedynie w ogólnym zarysie – wtedy muzykoterapeuta zdaje się na własne doświadczenie, wiedzę i intuicję. Dobrze jednak, szczególnie gdy doświadczenie terapeutyczne nie jest duże, przygotować sobie jego precyzyjną wersję. Dobry plan pozwala na uniknięcie niepotrzebnie trudnych sytuacji i na maksymalnie efektywne wykorzystanie czasu sesji; przygotowanie go zmusza do zastanowienia się nad celowością prowadzonych działań i ich potencjałem terapeutycznym. Plan porządkuje także działania terapeuty, które – często z pozoru proste – wymagają w gruncie rzeczy złożonej organizacji pracy. Oprócz ćwiczeń przewidzianych na

sesję trzeba zaplanować przestrzeń, w której będą one realizowane, zadbać o odpowiedni sprzęt czy materiały, obmyślić strategię wprowadzania kolejnych aktywności oraz przechodzenia z jednej w drugą. Niezwykle istotnym elementem jest także odpowiednie gospodarowanie czasem. Planując, muzykoterapeuta może założyć wstępnie, ile minut potrzeba będzie na wykonanie ćwiczenia – dzięki temu uniknie sytuacji, w której czas sesji dobiega końca, a „sedno sprawy" nie zostało jeszcze osiągnięte lub – co gorsza – wszystkie aktywności zostały wykonane, a czas sesji przeminął zaledwie w połowie. Sam opis ćwiczeń także może się cechować różnym stopniem ogólności – od prostego nazwania go, na przykład: „śpiew piosenki *Pada śnieg* z towarzyszeniem gestów ilustrujących tekst", po wnikliwy opis podejmowanych kroków. W tym przypadku mógłby przybrać on następującą formę:

1. Muzykoterapeuta (MT) inicjuje i prowadzi z klientem rozmowę o porze roku – zimie.
2. MT prezentuje wokalnie klientowi piosenkę *Pada śnieg*.
3. MT śpiewa piosenkę jeszcze kilkakrotnie, zachęcając klienta do włączania się w śpiew.
4. Podczas kolejnych powtórzeń MT pokazuje proponowane gesty, motywując klienta do ich naśladowania.
5. MT proponuje klientowi samodzielne wykonanie piosenki.
6. Klient samodzielnie wykonuje piosenkę z towarzyszeniem gestów, MT czuwa i ewentualnie podpowiada słowa/ruchy.
7. MT chwali klienta i dziękuje mu za udział w ćwiczeniu.

Takie ćwiczenie mogłoby się znaleźć w planie sesji dziecka z nadpobudliwością psychoruchową. Ogólne cele pracy mogłyby być zatem następujące: „poprawa umiejętności hamowania impulsów" lub „poprawa umiejętności realizacji poleceń". Cele szczegółowe dla opisanego wyżej ćwiczenia, w formacie amerykańskim, mogłyby – przykładowo – brzmieć:

- podczas wykonywania piosenki *Pada śnieg* (warunek) dziecko pozostanie w pozycji siedzącej (zachowanie) przy trzykrotnym powtórzeniu utworu (kryterium);

- podczas ćwiczenia gestów w piosence *Pada śnieg* (warunek) dziecko poprawnie zrealizuje proponowane ruchy (zachowanie) w 6 na 10 przypadków (kryterium).

Na podstawie doświadczeń praktycznych wypracowano poniższą propozycję planu sesji muzykoterapeutycznej, dogodną dla studentów i początkujących muzykoterapeutów. Jest to jedynie propozycja, możliwa do zastosowania w sytuacji, gdy placówka zatrudniająca nie ma swoich wymogów w tym zakresie.

1. Imię i nazwisko prowadzącego
2. Data, godziny sesji
3. Nazwa placówki
4. Klient/klienci – skrócone rozpoznanie (do uzupełnienia w początkowej fazie terapii oraz w momentach wystąpienia zmian)
   – krótki opis (płeć, wiek, cechy charakterystyczne, liczba osób w grupie itd.)
   – funkcjonowanie motoryczne
   – funkcjonowanie poznawcze
   – funkcjonowanie społeczne i emocjonalne
   – diagnoza medyczna lub orzeczenie (jeśli dostępne)
5. Plan zajęć
   – cele ogólne
   – ćwiczenie 1: potrzebne materiały, przygotowanie pomieszczenia, opis, cel szczegółowy
   – ćwiczenia kolejne: jw.
6. Do uzupełnienia po sesji
   – stopień realizacji celów szczegółowych, krótkie sprawozdanie, spostrzeżenia, odnotowanie faktów istotnych dla kolejnej sesji

Odpowiednio prowadzona dokumentacja jest bardzo ważnym elementem praktyki muzykoterapeutycznej z kilku względów. Po pierwsze – porządkuje proces terapeutyczny, po drugie – unaocznia

celowość i efektywność prowadzonych działań, po trzecie – stanowi znakomity materiał do szerszych badań, po czwarte – jest źródłem informacji dla samego terapeuty, dzięki któremu może on oceniać, adaptować i analizować własną pracę.

W niektórych modelach muzykoterapeutycznych sugeruje się nagrywanie wszystkich sesji, a następnie wnikliwe analizowanie utrwalonych materiałów dla lepszego zrozumienia zachowań klienta oraz wyznaczania kierunku terapii. W muzykoterapii kreatywnej każda nagrana sesja podlega procesowi indeksowania – przeglądania i odnotowywania zaobserwowanych zachowań i zmian. Taki sposób dokumentacji, choć niewątpliwie znakomicie wpływający na jakość prowadzonej terapii, w praktyce nie zawsze jest osiągalny.

Część III

Muzykoterapia dzieci, dorosłych, osób starszych

Wprowadzenie

Kolejny rozdział będzie prezentował zastosowania muzykoterapii w odniesieniu do wybranych grup. Podzielono go według klucza wiekowego. Podział taki nie jest idealny, jednak w celu wprowadzenia porządku w przedstawiany materiał trzeba było przyjąć jakieś założenie. Kolejne podrozdziały dotyczą zatem muzykoterapii dzieci, osób dorosłych i osób starszych. Ze względu na moje doświadczenie praktyczne najszerzej potraktowana została problematyka dzieci i młodzieży z zaburzeniami emocji i zachowania. Fragment ten poprzedzony został jednak wprowadzeniem, omawiającym zagadnienia związane z ogólną muzykoterapią dziecięcą. Następnie ukazano możliwości muzykoterapii w odniesieniu do dorosłych z zaburzeniami psychicznymi oraz do osób starszych. W kolejnych podrozdziałach przedstawione będą ogólne, podstawowe informacje dotyczące wybranych populacji, cele, jakie można realizować w pracy muzykoterapeutycznej z nimi, rekomendowane aktywności (bez wnikliwego opisu – odwołanie się do wcześniejszych treści powinno być wystarczające) oraz informacje dotyczące stanu badań.

Książka ta ma charakter wprowadzający, nie pretenduje zatem do miana źródła wyczerpującego osiągnięcia współczesnej muzykoterapii i jest, siłą rzeczy, jedynie punktem wyjścia do dalszych studiów i rozważań. Działania muzykoterapeutyczne mają specyficzny charakter, świetnie nadają się do wszelkich adaptacji ze względu na dużą elastyczność. Dlatego też – mimo że podane informacje dotyczą konkretnych grup – uwagi związane z praktyczną działalnością, szczególnie propozycje ćwiczeń, są (w wersji zaproponowanej przeze mnie lub po dokonaniu niewielkich adaptacji) adekwatne także w przypadku działań prowadzonych wobec innych populacji.

Muzykoterapia dzieci i młodzieży

Działania muzykoterapeutyczne skierowane do dzieci i młodzieży z różnymi problemami stanowią znaczącą część zastosowań muzykoterapii w ogóle. Elementy muzyczne mają także swoje dobrze utrwalone miejsce w terapii pedagogicznej, a w wielu spośród jej form (metoda dobrego startu[1], metoda symboli dźwiękowych) piosenka czy zjawisko dźwiękowe są komponentem kluczowym. Elementy terapeutyczne muzyki, jako możliwe czy nawet konieczne dla prawidłowo prowadzonych działań, są propagowane także w środowisku pedagogiki specjalnej i edukacji muzycznej (Konaszkiewicz, 1994). Muzykoterapia dla tej grupy wiekowej – zarówno w kontekście wspierania edukacji czy współpracy z nią (Humpal, Colwell, 2006; Konaszkiewicz, 1994), jak i medycyny oraz psychologii (Metera, 2006; Lewandowska, 1996; Nordoff, Robbins, 2008) – jest przedmiotem zainteresowania wielu badaczy i klinicystów. Bywa łączona z wychowaniem muzycznym – wtedy pod uwagę bierze się konieczność włączania w zajęcia/sesje celów dydaktycznych, by powiększać świadomość muzyczną dziecka, a tym samym przyczyniać się do wzrostu jego umiejętności korzystania z walorów artystycznych muzyki (Konaszkiewicz, 1994, 2001). Bywa również ujmowana oddzielnie – ze względu na odmienność celów, środków i wyników prowadzonych działań (Lewandowska, 1996).

Sklasyfikowana wspólnie jako muzykoterapia dziecięca w gruncie rzeczy dotyczy populacji bardzo zróżnicowanej ze względu na charakter zaburzeń oraz etapy rozwojowe młodego człowieka. Jest oczywiste, że cele i oddziaływania skierowane do niemowlęcia będą zupełnie inne niż w przypadku przedszkolaka czy dziecka w wieku szkolnym. Czymś zupełnie innym będzie także muzykoterapia wspomagająca młodego człowieka z niepełnosprawnością intelektualną (znów – mającą różne stopnie i postaci) czy z niepełnosprawnością ruchową, dziecka pozostającego w szpitalu i

zmagającego się z chorobą, mającego deficyty wzroku czy słuchu, wreszcie takiego, którego potrzeby społeczne, poznawcze i emocjonalne nie zostały zaspokojone ze względu na warunki środowiskowe.

Rozwój muzyczny dziecka

Mając na uwadze spore zróżnicowanie praktyki klinicznej prowadzonej z wymienionymi odbiorcami, stworzenie wspólnego opisu wydaje się trudne. Zarówno praktyczny dobór metod i technik w pracy z młodymi klientami, jak i decyzja o celach oddziaływań wiążą się bezpośrednio z procesem rozwoju dziecka, w tym również z jego rozwojem muzycznym. W tym temacie muzykoterapia opiera się na osiągnięciach psychologii muzyki, które wynikają z kolei z ogólnych teorii rozwojowych. W ramach tych ostatnich za szczególnie istotny uważa się dorobek E. Eriksona, D. Sterna, R. Kagena oraz J. Piageta. Rozwój stricte muzyczny był przedmiotem wielu badań. Na ich podstawie stworzono klasyfikacje zachowań oraz umiejętności muzycznych pojawiających się w kolejnych etapach życia. Koncentrując się na rozwoju małych dzieci, C. Briggs (1991) dzieli rozwój muzyczny na następujące fazy:

1. 0–9 miesięcy – faza odruchu (*reflex phase*) – uwagę niemowlęcia przykuwają dźwięki, uspokaja się ono w reakcji na muzykę, rozróżnia wysokości dźwięku, wokalizuje, kołysze się, dostrzega zmiany rytmiczne, reaguje ruchem całego ciała.
2. 9–18 miesięcy – faza intencji (*intention phase*) – dziecko rozgląda się za źródłem dźwięku, porusza poszczególnymi częściami ciała w reakcji na muzykę, rozpoznaje znajome piosenki, gaworzy muzycznie.
3. 18–36 miesięcy – faza kontroli (*control phase*) – dziecko potrafi słuchać muzyki w ciszy, gaworzenie muzyczne przeradza się w śpiew, pojawiają się kontury melodyczne, dziecko celowo porusza się w rytm muzyki.
4. 36–72 miesiące – faza integracji (*integration phase*) – dziecko zaczyna odróżniać cechy dźwięku (głośny – cichy, wysoki – niski), spontanicznie śpiewa, przyswaja piosenki, rozwija synchronizację rytmiczną.

Każdą z faz C. Briggs charakteryzuje przez konkretne zachowania muzyczne w czterech sferach: słuchowej, wokalno-tonalnej, rytmicznej, poznawczej. Klasyfikacja C. Briggs jest ważnym punktem odniesienia w muzykoterapii małych dzieci. Równie istotną koncepcję rozwoju muzycznego małego dziecka, wyrosłą na gruncie edukacji muzycznej, stanowi propozycja E. Gordona. Stworzona została z myślą o nauce muzyki, świadomość jej istnienia jest cenna jednak również w muzykoterapii. Kluczowym pojęciem w refleksji E. Gordona (1999) jest audiacja – proces asymilacji i rozumienia dźwięku w umyśle, stanowiący sedno muzycznych uzdolnień. Od percepcji odróżnia ją czasowy związek z usłyszanym dźwiękiem: percepcja następuje w czasie jego trwania, audiacja – po momencie usłyszenia. Okres wczesnego dzieciństwa, do 6. roku życia, jest czasem audiacji wstępnej i przebiega w trzech stadiach, takich jak:

- akulturacja (od narodzin do 2.–4. roku życia) – dziecko absorbuje dźwięki, reaguje ruchowo oraz przez paplaninę, początkowo nieadekwatnie, potem w odniesieniu do muzycznych dźwięków;
- imitacja (od 2.–4. do 3.–5. roku życia) – dziecko zaczyna naśladować dźwięki muzyczne;
- asymilacja (od 3.–5. do 4.–6. roku życia) – dziecko zaczyna koordynować czynności oddechowe i ruch ze śpiewem (Gordon, 1999, s. 322–323).

Inni badacze charakteryzują zjawisko rozwoju muzycznego na dłuższych odcinkach czasowych. J. Sloboda (2002) wskazuje na jego zmiany w okresie od narodzin do 10. roku życia; kolejne fazy rozwoju muzycznego dziecka ujmuje następująco:

- 1. rok życia – dziecko odróżnia dźwięki muzyczne od niemuzycznych, co można stwierdzić przez obserwację: zwiększenia skupienia uwagi, ruchów wykonywanych w reakcji na dźwięk, wokalizacji;
- okres przedszkolny – pojawia się i wzrasta umiejętność naśladowania słów, konturu melodii, wreszcie piosenki, w swobodną improwizację wkracza struktura, porządek; śpiewane

piosenki zaczynają się mieścić w ramach metrum oraz struktury tonalnej, nie istnieje jednak ich świadomość w formie wyabstrahowanej;

- między 5. a 10. rokiem życia – następuje zmiana zgodna z piagetowskim przejściem z etapu myślenia przedoperacyjnego do operacyjnego, pojawia się i wzrasta zdolność do klasyfikowania muzyki zgodnie z jej prawidłami i stylem.

Jeszcze szersze spojrzenie na rozwój muzyczny proponują M. Manturzewska i B. Kamińska (1990), przyjmując inne kryteria zachowania muzycznego. Dla J. Slobody świadomość muzyczna dziecka wyraża się przez umiejętność dostrzegania relacji następstwa pomiędzy dźwiękami (Sloboda, 2002, s. 241). M. Manturzewska i B. Kamińska potencjał czy zalążek rozwoju muzycznego widzą we wszelkich reakcjach na dźwięk. Początkowe stadium rozwoju muzycznego sytuują zatem już w okresie prenatalnym, kiedy dziecko zaczyna rozpoznawać głosy rodziców oraz motorycznie reaguje na bodźce muzyczne. W okresie niemowlęcym (0–1,5 roku) pojawiają się reakcje emocjonalne na muzykę (szczególnie – kołysanki wykonywane przez matki); dziecko zaczyna również używać głosu w tzw. muzycznym gaworzeniu oraz rozpoznawać wielokrotnie powtarzane melodie. W okresie poniemowlęcym dziecko zaczyna poruszać się rytmicznie, śpiewać, zapamiętywać struktury muzyczne. Duża przyjemność wiążąca się z zabawami muzyczno-ruchowymi, umiejętność rozpoznawania barw instrumentów oraz skłonność do improwizacji wokalnych charakteryzują dzieci w wieku przedszkolnym (3–6 lat). W tym okresie kształtują się też poprawność intonacyjna w śpiewie w zakresie zwiększających się interwałów oraz umiejętność prawidłowego odtwarzania rytmu. Młodszy wiek szkolny (6–13 lat) rozpoczyna czas zwiększania intelektualnej refleksji muzycznej oraz pojawienia się muzycznych preferencji. Ważny staje się nie tylko proces twórczy, lecz także jego wynik, produkt. Rozwijają się poczucie tonalne, słuch wysokościowy oraz świadomość rytmiczna. W tym czasie wykształca się również umiejętność łączenia elementów muzyki z emocjami (przede wszystkim – tempa i tonacji)

– dzieci w wieku od 6 do 8 lat osiągają w tym zakresie rezultaty takie, jak osoby dorosłe; okres między 9. a 11. rokiem życia charakteryzuje także największa otwartość na odmienne style muzyczne i zdolność do ich akceptacji (Lamont, 2009).

Choć badania wskazują na pewne różnice w muzycznej percepcji dzieci powyżej 11.–12. roku życia, nie ma wielu prac dotyczących przemian w rozwoju muzycznym nastolatków (Lamont, 2009). Niewątpliwie w wieku dorastania (13–19 lat) muzyka stanowi ważny element rzeczywistości młodego człowieka i funkcjonuje w szerszym społecznie kontekście. Czas ten jest okresem zamknięcia na inne niż preferowane style muzyczne, które stanowią zazwyczaj wąską grupę. Preferencje stają się manifestacją identyfikacji z grupą, integrują. Młody słuchacz potrafi interpretować utwory i koncentruje się na ich aspekcie wyrazowym.

Przedstawione powyżej charakterystyki rozwoju muzycznego dotyczą dzieci prawidłowo się rozwijających. Muzykoterapia stosowana jest jednak przede wszystkim w pracy z jednostkami przejawiającymi problemy, zaburzenia, opóźnienia i dysharmonie rozwojowe. Zdarza się, że w przypadku zaburzenia rozwoju ogólnego rozwój umiejętności muzycznych także nie przebiega typowo. Bywa jednak i tak, że pomimo problemów natury ogólniejszej umiejętności muzyczne nie odbiegają od norm. W obu przypadkach świadomość sekwencyjności, następstw w rozwoju muzycznym, jest ważnym punktem odniesienia na etapie diagnozy, formułowania celów oraz przebiegu terapii.

Młodzież i muzyka – rola muzyki, preferencje muzyczne

Muzykoterapia wydaje się szczególnie użyteczną i dogodną formą terapeutycznego oddziaływania skierowanego do dzieci i młodzieży – ze względu na stosunek młodych ludzi do jej podstawowego narzędzia, tj. muzyki. Ogólnie rzecz ujmując, jest ona kojarzona z pozytywną, rozrywkową stroną życia. Dla dzieci łączy się często z zabawą i przyjemnością. W życiu młodzieży zajmuje ważne miejsce i odgrywa istotną rolę. W tym okresie preferencje muzyczne są niezwykle istotnym elementem w budowaniu własnego wizerunku i tożsamości, związanym z przynależnością do danej grupy czy subkultury, określającym miejsce w młodzieżowej społeczności, sama muzyka zaś jest źródłem relaksu, czynnikiem pobudzającym i polem własnej ekspresji. Interesujących informacji na ten temat dostarczyły badania B. Kamińskiej (2001) przeprowadzone w latach 90. ubiegłego stulecia z udziałem uczniów polskich szkół podstawowych i liceów. Wymieniając swoje pasje, uczniowie szkół niższego szczebla umieszczają muzykę na drugim miejscu, zaraz za sportem. U licealistów zajmuje ona pierwszą pozycję (Kamińska, 2001, s. 64). Funkcja, jaką muzyka pełni w życiu młodzieży, jest – zgodnie z subiektywnym odbiorem samych młodych słuchaczy – przede wszystkim relaksacyjno-terapeutyczna, zaraz potem – rozrywkowa. Pozostałe funkcje muzyki, ujęte przez B. Kamińską w kategorie, także stanowią ciekawy materiał w kontekście rozważań o potencjale muzykoterapii. Są one – w odniesieniu do młodzieży niekształconej według zawodowego profilu muzycznego[2] – następujące: koncentrująca, rozwojowa, poznawcza, „ucieczkowa", egzystencjalna, integracyjna, metafizyczno-transcendentalna, emocjonalno-ekspresyjna, stymulująco-mobilizująca, estetyczno-kontemplacyjna, komunikacyjna (Kamińska, 2001, s. 66). Funkcjom pełnionym przez muzykę w życiu młodych ludzi odpowiadają okoliczności, w których ma miejsce obcowanie z nią. Muzyka słuchana jest przede wszystkim w chwilach zmęczenia, także przed

snem, podczas odrabiania lekcji, w czasie spędzanym z rówieśnikami, w drodze do i ze szkoły (Kamińska, 2001, s. 67). Podsumowując powody, dla których młodzież słucha muzyki, B.J. Crowe (2007b) – posiłkując się rezultatami badań amerykańskich – stwierdza, że są to: potrzeba relaksu i „odstresowania", zabijanie nudy, chęć zapomnienia o problemach i pozbycia się psychicznego bólu, poprawa stosunków z innymi ludźmi.

Młodzież przejawia tendencję do identyfikowania się ze słuchaną muzyką, dlatego też bliższe przyjrzenie się muzycznym preferencjom pozwala na zebranie interesującego materiału, ważnego zarówno na etapie diagnozy, jak i terapii. Planując proces terapeutyczny wykorzystujący muzykę, trzeba wziąć pod uwagę także fakt, że pracowanie na preferowanym przez młodych ludzi materiale w naturalny sposób zwiększy ich motywację do udziału w terapii oraz pozytywny stosunek do niej. W centrum zainteresowania młodzieży znajduje się przede wszystkim muzyka rozrywkowa różnego typu (Kamińska, 2001). Ważne zatem, by muzykoterapeuta pracujący z tą grupą miał rozeznanie w bieżących trendach i modach muzycznych.

Koncentrując się na etapie diagnozy, wielu badaczy zadaje sobie pytanie, czy istnieje związek lub korelacja pomiędzy preferencjami muzycznymi a typem osobowości lub preferencjami muzycznymi i zdrowiem psychicznym adolescentów. Badania wskazują na istnienie korelacji pomiędzy niektórymi rodzajami muzyki a zachowaniami lub stanami psychicznymi, jednakże nie pozwalają na stwierdzenie związku przyczynowo-skutkowego. Rap i metal kojarzone są z zachowaniami agresywnymi, antyspołecznymi, a nawet przestępczymi. Preferencja gatunków takich, jak rap, rave i heavy metal skorelowana jest z wyższym wskaźnikiem spożycia alkoholu, narkotyków, z ryzykownymi zachowaniami seksualnymi oraz przestępczością (Baker, Bor, 2008; Took, Weiss, 1994). Jednak wbrew obiegowym opiniom i popularnym przekonaniom upodobanie do mrocznych gatunków muzycznych – jak heavy metal – nie powoduje emocjonalnych zmian, nie wpływa też na podwyższenie poziomu odczuwanych emocji negatywnych, takich jak gniew (Wooten, 1992; Gowensmith, Bloom, 1997). Wydaje się, że nie tyle zwiększa ryzyko podjęcia autodestrukcyjnych działań, jak

samookaleczanie czy samobójstwo, ile jest swego rodzaju ostrzeżeniem, wskazując na istnienie innych problemów w życiu słuchacza, o charakterze osobowościowym lub środowiskowym (Scheel, Westfeld, 1999). Badanie R. Rustad, J.E. Small, D.A. Jobes, M.A. Safer i R.J. Peterson (za: Baker, Bor, 2008) sugeruje, że muzyka może aktywować agresywne myśli i emocje, jednocześnie zmniejszając wrażliwość na przemoc i czyjąś krzywdę. Jednak, jak wspomniano, nie wykazano dotychczas, by którykolwiek z muzycznych rodzajów powodował agresywne zachowania lub stymulował zaburzenia psychiczne; możliwe jest natomiast, że preferencje muzyczne wskazują na emocjonalną podatność, wrażliwość i bezradność (Baker, Bor, 2008). Także sami młodzi ludzie używający przemocy twierdzą, że agresywna muzyka, której słuchają, stanowi odbicie ich problemów życiowych, a nie jest ich sprawcą (Gardstrom, 1999).

Badaniom poddano także ewentualne relacje preferencji muzycznych z poziomem depresji u nastolatków. Rezultaty przedstawione przez D. Miranda i M. Cleas (2008) sugerują, że preferowanie muzyki soul może się wiązać z niższym poziomem depresji u nastoletnich dziewcząt. Nie potwierdzają jednak hipotezy o preferowaniu muzyki metalowej jako czynniku ryzyka. Brak wskazań dotyczących tego, czy ewentualne obniżenie lub stabilizacja nastroju pozostają w związku z warstwą tekstową piosenek, czy też ich strukturą muzyczną. Ci sami autorzy zwracają uwagę na zależność pomiędzy preferencjami muzycznymi a cechami osobowościowymi nastolatków. Ekstrawertyzm jest predykatorem upodobania do gatunku soul, otwartość wskazuje na preferencje eklektyczne, neurotyczność zaś nie jest skojarzona ani z metalem, ani z rockiem. Upodobanie do werbalnych treści, które wyrażają problemy emocjonalne często pojawiające się w piosenkach należących do tych gatunków, nie wiąże się z obecnością podobnych zaburzeń u słuchacza.

Dzieci z zaburzeniami emocji i zachowania (szczególnie te, których wychowanie odbywa się w utrudnionych warunkach), a także dzieci z obniżoną sprawnością intelektualną mogą nie dorównywać rówieśnikom w zakresie umiejętności muzycznych (Hill,

1968; Socewicz-Zając, 1988). W okresie dojrzewania poglądy wewnątrz całej grupy młodzieży – szczególnie dotyczące stosunku do muzyki i preferencji – wydają się jednak zbieżne. Młodzież niepełnosprawna docenia możliwość kontaktu z muzyką. Muzyka

> [...] przynosi zadowolenie, radość, poprawę samopoczucia, ulgę w kłopotach, stonowanie napięć, pobudza do działania, pomaga wytrwać w trudnej sytuacji (Konaszkiewicz, 2004, s. 38).

Rolę muzyki podobnie postrzega młodzież z zaburzeniami psychicznymi (schizofrenią) – według tych osób muzyka leczy i uspokaja, przynosi radość, wzbogaca wewnętrznie, jest wyrazem uczuć, jest relaksem, wypoczynkiem, rozrywką. Grupa ta ma także zbliżone do zdrowych rówieśników gusta muzyczne (Cesarz, 1988). Także młodzi ludzie z zaburzeniami emocji i zachowania przywiązują do niej wagę. B. Stodulska-Cieślik (2000) w badaniach dotyczących preferencji muzycznych skoncentrowała się na grupie młodzieży niedostosowanej społecznie (mieszkańcy ośrodków szkolno-wychowawczych). Porównała ją także z młodzieżą nieprzejawiającą tego rodzaju problemów (uczniowie szkół publicznych). Ogromna większość wszystkich badanych, 98%, zadeklarowała pozytywny stosunek do muzyki, przy czym preferowanym gatunkiem była muzyka rozrywkowa (brak bliższych danych). Zarówno w zakresie zainteresowań, jak i wrażliwości muzycznej nie stwierdzono istotnych różnic między grupami. W świetle przedstawionych wyników badań staje się oczywiste, że muzyka może być naturalnym źródłem działań o charakterze diagnostycznym i terapeutycznym, a jej potencjał w tym zakresie jest ogromny. Zarówno pozycja muzyki w hierarchii wartości dzieci i młodzieży, jak i funkcje, jakie pełni ona w życiu młodych osób, sprawiają, że muzykoterapia może być szczególnie efektywna w pracy z tą populacją.

---

1 Metodę tę, zwaną oryginalnie Bon Depart, do warunków polskich zaadaptowała M. Bogdanowicz w kilkakrotnie wznawianym opracowaniu Metoda dobrego startu.

2 W badaniach udział brali także uczniowie szkół muzycznych, jednak wyniki dotyczące tej grupy nie zostały wzięte pod uwagę w niniejszej pracy ze

względu na mniejsze znaczenie w kontekście muzykoterapii.

Muzykoterapia dzieci i młodzieży z zaburzeniami emocji i zachowania

Wprowadzenie

Zaburzenia emocji i zachowania bywają rozumiane bardzo różnie. Pod tą etykietą kryje się szeroki wachlarz problemów charakteryzujących populację o sporym zróżnicowaniu wewnętrznym. Określenie to stosuje się w wielu naukach – pedagogice, socjologii, resocjalizacji, psychologii, psychiatrii, kryminalistyce, muzykoterapii – i w ich kontekście definiowane jest ono na wiele sposobów. Również odmienne perspektywy przyjmowane wewnątrz wspomnianych nauk wpływają na interpretacje terminu. W odniesieniu do tego typu zaburzeń czy problemów w literaturze polskiej używane są – znów w zależności od dyscypliny, jakiej dotyczy dane opracowanie, oraz perspektywy teoretycznej, jaką przyjmuje autor – także inne sformułowania, takie jak: zachowania dewiacyjne, niedostosowanie społeczne, nieprzystosowanie społeczne, a w odniesieniu do dzieci i młodzieży także: dziecko trudne, dziecko moralnie zaniedbane, dziecko impulsywne, dziecko wykolejone/przestępcze. Specjaliści poszczególnych dyscyplin stosują różne kryteria zarówno w definiowaniu wszystkich podanych zwrotów, jak i diagnozowaniu obecności kryjących się pod nimi problemów; zjawisko jest na tyle złożone, że powstałe rozbieżności mogą być znaczne. Jedni kładą nacisk na socjologiczny aspekt zaburzenia, inni koncentrują się na wątku wychowawczym, psychologicznym czy psychiatrycznym. Określenie „osoba z zaburzeniami emocji i zachowania”, podobnie jak zwrot „osoba niedostosowana społecznie”, może mieć różne znaczenie w ustach psychiatry, pedagoga, socjologa czy kryminologa.

Zaburzenia emocji i zachowania a niedostosowanie społeczne

W perspektywie pedagogicznej zaburzenia zachowania mogą być, w pewnym uproszczeniu, traktowane jako

> [...] odchylenia od zasad moralnych i zwyczajów przyjętych w danym środowisku, są niemożnością podporządkowania się stawianym wymaganiom (Krywult, 1987, s. 20).

Sytuacyjnie interpretując normy i jednocześnie konkretniej wskazując na obszary, których zaburzenie dotyczy, definiuje zjawisko Myscher (2005, za: Hillenbrand, 2007):

> Zaburzenie zachowania jest błędnie zaadaptowanym, odbiegającym od oczekiwań wyznaczonych przez dany czas i kulturę zachowaniem, uwarunkowanym organicznie i/lub będącym rezultatem wpływów środowiska, upośledzającym – z powodu swej wielowymiarowości, częstotliwości i stopnia zaawansowania – proces rozwoju, zdolność uczenia się, zdolność do wykonywania pracy oraz działanie interakcyjne w środowisku, którego nie da się przezwyciężyć lub da się je poprawić jedynie w stopniu niewystarczającym, jeżeli nie zostanie udzielona specjalistyczna pomoc pedagogiczno-terapeutyczna (za: Hillenbrand, 2007, s. 23).

Podobny problem, przejawiający się

> [...] negatywnym układem postaw wobec jednostek, grup społecznych, społeczeństwa, wartości i rzeczywistości zewnętrznej lub też cechami charakteru, które skłaniają jednostkę do zachowań niezgodnych – aspołecznych – w stosunku do wzorów i wzorców zachowań, norm przyjętych przez ogół społeczeństwa (Cudak, 1998, s. 54),

H. Cudak nazywa „nieprzystosowaniem społecznym". Z kolei E. Wysocka (2009), rozważając problem diagnozy w resocjalizacji, opisując zjawisko, korzysta przede wszystkim z terminu „niedostosowanie społeczne", posiłkując się określeniem „nieprzystosowanie". Wymienione wyżej pojęcia stosowane bywają zamiennie, równoznacznie [B. Urban (2000, s. 39) uważa spór wokół

nich za niepotrzebny i postuluje zrównanie znaczenia terminów „zaburzenia w zachowaniu” oraz „niedostosowanie społeczne”] lub rozdzielnie; wtedy też analizowane są zależności między nimi. Najczęściej zależność między zaburzeniem w zachowaniu a niedostosowaniem społecznym widziana jest jako proces, gdzie zaburzenie staje się przyczyną późniejszego niedostosowania, które z kolei skutkuje nasileniem zaburzeń zarówno na płaszczyźnie psychologicznej, jak i społecznej (Wysocka, 2009, s. 23). Także „niedostosowanie” bywa rozumiane jako płytsza i mniej utrwalona forma „nieprzystosowania” (Przetacznikowa, Susułowska, 1978, za: Cudak, 1998, s. 63). Termin „niedostosowanie społeczne” bywa też rozumiany jako odchylenie od normy w dziedzinie zachowania się (Konopnicki, 1971, s. 110). Niejednoznacznie postrzega się także zależność pomiędzy komponentem zewnętrznym – zaburzonym zachowaniem, a zjawiskiem wewnętrznym ściśle z nim związanym – zaburzeniem emocji. Charakter tego związku jest widziany na różne sposoby. Obecne jest zarówno łączenie zaburzeń emocji z zaburzeniami zachowania i traktowanie ich jako jednego zjawiska, jak i uznawanie ich za dwie odrębne kategorie mogące się pojawiać osobno lub współwystępować.

> Tak więc, w zależności od pierwotnego punktu spojrzenia niektórzy autorzy swoje analizy zaczynają albo od problemu zaburzeń emocjonalnych i wskazują na ich konsekwencje w zachowaniu, albo analizując niedostosowane zachowania dziecka, wskazują na ich ścisłe powiązanie z komponentą emocjonalną (Urban, 2000, s. 16).

Zaburzenia emocjonalne i zaburzenia zachowania, postrzegane tym razem wspólnie z niedostosowaniem społecznym, bywają interpretowane jako kontinuum, gdzie pierwszą fazę stanowi zaburzenie wyłącznie w sferze emocji, drugą – zaznaczenie się elementu behawioralnego, ostatnią zaś – dołączenie zachowań naruszających normy prawne (Urban, 2000, s. 38–39). W fazie pierwszej ukształtowana zostaje wewnętrzna, poznawczo-emocjonalna struktura jednostki, w kolejnej – pojawiają się antyspołeczne zachowania będące wynikiem frustracji. W fazie ostatniej antyspołeczne zachowania utrwalają się, a jednostka

zaczyna je postrzegać w kategoriach osiągnięć (Wysocka, 2009, s. 27). Podobnie, jako wielowymiarowy proces, zależność tę widzi E. Krywult (1987), stwierdzając, że choć zaburzenie emocjonalne obecne jest w samej jednostce, to ma ono także reperkusje społeczne. Podkreśla, że zaburzona jednostka na skutek braku zaspokojenia indywidualnych potrzeb przejawia zachowania nieadekwatne do norm społecznych, co z kolei – w rezultacie zakłóconej interakcji – powoduje jej szkodę lub szkodę w otoczeniu (Krywult, 1987, s. 20–21).

Brak terminologicznej jednolitości i wyrazistych kryteriów określających pojęcia stosowane w opisie podobnych zjawisk na gruncie edukacji, wychowania i resocjalizacji nie jest problemem ograniczonym do polskiej rzeczywistości. W języku angielskim różnicowanie „zaburzeń emocji i zachowania" *(emotional disturbance, emotional and/or behavioral disorders*) w stosunku do „nieprzystosowania społecznego" (*social maladjustment*) stało się powodem burzliwej dyskusji oraz wielu kontrowersji, szczególnie w kontekście amerykańskiego systemu edukacji. Ustawa regulująca dostęp do usług związanych z edukacją specjalną – Individuals with Disabilities Education Act (IDEA, 2004) – określa rodzaje niepełnosprawności/zaburzeń kwalifikujących do otrzymania tychże. Wśród uprawnionych znalazły się dzieci spełniające kryteria *emotional disturbance* – zaburzenie emocjonalne (przejawiające się, według uszczegóławiającej definicji, między innymi nieodpowiednimi zachowaniami), z wyłączeniem dzieci uznanych za *socially maladjusted* – nieprzystosowane społecznie. Ze względu na brak klarownej definicji nieprzystosowania oraz – zdaniem niektórych – nieadekwatny do rzeczywistości i w praktyce niemożliwy do dokonania rozdział pomiędzy tymi zjawiskami paragraf ten stał się obiektem krytyki środowisk pedagogicznych, które widzą w nim zagrożenie polegające na nadużywaniu klauzuli dotyczącej wyłączenia, a tym samym odmawiania usług osobom do nich uprawnionym (Merrel, Walker, 2004; Kehle, Bray, Theodore, Zhou, McCoatch, 2004). Również zależność między emocjami a zachowaniem wywołuje terminologiczny chaos w amerykańskich realiach. Niektórzy autorzy nazywają zjawisko wymiennie,

korzystając ze zwrotu „zaburzenia emocji lub zachowania” (*emotional or behavioral disorder*), co sugeruje rozłączność, z uwspólniającym „zaburzenia emocji i zachowania” (*emotional and behavioral disorder*) (Smith, 2008), inni posiłkują się formą „zaburzenia emocji/zachowania” (*emotional/behavioral disturbance*) (Crowe, 2007a, 2007b) lub wypowiadają się na temat „zaburzeń emocji” (*emotional disturbance*), za jeden z ich aspektów uważając nieprawidłowe zachowania.

W polskiej rzeczywistości szkolnej, w momencie powstawania niniejszej pracy, przyjmowano perspektywę stopniującą nasilenie zjawiska niedostosowania. Kształceniem specjalnym – obok dzieci niepełnosprawnych – objęte są dzieci niedostosowane społecznie (sklasyfikowane w grupach jako niedostosowane społecznie, zagrożone niedostosowaniem społecznym, zagrożone uzależnieniem, z zaburzeniami zachowania).

Działalność orzeczniczą w zakresie diagnozy i uprawnień prowadzą poradnie psychologiczno-pedagogiczne.

Zaburzenia emocji i zachowania a klasyfikacja psychiatryczna

Zarówno w dyskusji amerykańskiej, jak i w przypadku polskich prób usystematyzowania terminologii wokół zjawiska ważnym punktem odniesienia jest klasyfikacja psychiatryczna. Jej źródłem są przede wszystkim International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems (ICD-10) – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych oraz Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV).

W ICD-10 pod oznaczeniem F90-F98 znajduje się dział *Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym*. Zawiera on charakterystykę następujących zaburzeń: zaburzenia hiperkinetyczne (w tym zaburzenia aktywności i uwagi), zaburzenia zachowania (w tym zaburzenia zachowania: ograniczone do środowiska rodzinnego, z nieprawidłowym procesem socjalizacji, z prawidłowym procesem socjalizacji, grupowy typ zaburzeń zachowania, tj. przestępczość grupowa, przestępstwa związane z przynależnością do gangów, kradzieże w towarzystwie rówieśników, wagarowanie, a także zaburzenia opozycyjno-buntownicze, diagnozowane u dzieci poniżej 10. roku życia), mieszane zaburzenia zachowania i emocji (w tym depresyjne zaburzenia zachowania), zaburzenia emocjonalne rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie (w tym zaburzenia lękowe). Dział ten zawiera także zaburzenia funkcjonowania społecznego, takie jak: mutyzm, problemy w nawiązywaniu relacji społecznych (trudność lub nadmierna łatwość), tiki, moczenie mimowolne, wczesne zaburzenia odżywiania czy jąkanie.

Zaburzenia zachowania opisano jako charakteryzujące się uporczywym i powtarzającym się wzorcem zachowania aspołecznego, agresywnego i buntowniczego. Zachowanie takie powinno prowadzić do poważnego naruszenia adekwatnych do wieku oczekiwań społecznych. Wśród zachowań usprawiedliwiających rozpoznanie znajdują się: nadmiernie częste

wdawanie się w bójki, tyranizowanie otoczenia, okrucieństwo wobec ludzi i zwierząt, poważne niszczenie mienia, podpalenia, kradzieże, powtarzające się kłamstwa, wagarowanie i ucieczki z domu, częste i ciężkie napady złości oraz nieposłuszeństwo. Zaburzenia zachowania diagnozuje się, jeśli czas trwania wymienionych w charakterystyce zachowań wynosi powyżej sześciu miesięcy. Zaburzenia emocjonalne wiążą się bardziej z przesadną formą przejawiania się normalnych tendencji rozwojowych niż ze zmianami w ich jakości. Mieszane zaburzenia emocji i zachowania charakteryzują się natomiast współwystępowaniem powtarzającego się, agresywnego, aspołecznego lub buntowniczego zachowania z widocznymi objawami depresji, lęku lub innych zaburzeń emocjonalnych. W tym przypadku muszą być równocześnie spełnione kryteria zaburzeń zachowania i zaburzeń emocjonalnych w dzieciństwie lub zaburzeń nerwicowych dorosłych, ewentualnie zaburzeń nastroju. Nie istnieje zatem jednostka chorobowa odnosząca się wyłącznie do problemu przystosowania społecznego lub jego braku, lecz wśród zachowań stanowiących kryteria do rozpoznania powyższych zaburzeń pojawiają się takie, które z punktu widzenia pedagogiki czy socjologii można uznać za przejaw nieprzystosowania.

Problem funkcjonowania społecznego, przystosowania bądź jego braku, jest w perspektywie psychiatrycznej dostrzegany, jednak niepełnosprawność społeczna nie jest tu widziana jako zjawisko izolowane, lecz jako komponent psychicznego zaburzenia (Rymaszewska, Dobrzyńska, Kiejna, 2006). Zaburzenia wymienione w tym dziale ICD-10 nie wyczerpują problemów psychicznych, które powodują zjawisko nieprzystosowania społecznego. Zaburzone funkcjonowanie społeczne może się również wiązać z zaburzeniami osobowości, zaburzeniami występującymi na skutek przyjmowania używek, zaburzeniami afektywnymi czy psychotycznymi.

DSM-IV proponuje podobną klasyfikację – w dziale *Zaburzenia rozpoznawane zwykle po raz pierwszy w wieku niemowlęcym, dziecięcym lub dorastania* zawiera między innymi zaburzenia związane z deficytem uwagi i zachowaniem niszczycielskim, zaburzenia zachowania oraz zaburzenia opozycyjno-buntownicze, charakteryzowane podobnie jak w ICD-10.

Jak wspomniano, niektórzy badacze propagują zrównanie znaczeniowe terminów „niedostosowanie społeczne” i „zaburzenia w zachowaniu” w resocjalizacji (Urban, 2000). W tym kontekście jednak istotne jest wskazanie, że tak interpretowane „niedostosowanie społeczne/zaburzenie w zachowaniu” niekoniecznie pokrywa się treściowo z „zaburzeniami zachowania” w klasyfikacji psychiatrycznej. Według niektórych odpowiednikiem pojęcia „niedostosowanie społeczne” w psychologii klinicznej i psychiatrii jest „antyspołeczne zaburzenie osobowości[1] (Urban, 2000; Wysocka, 2009, s. 261). Jednak to porównanie nie wydaje się w pełni adekwatne, ponieważ antyspołeczne zaburzenie osobowości diagnozuje się po 18. roku życia, podczas gdy o niedostosowaniu społecznym mówi się również w odniesieniu do osób młodszych. Istnieje jednak silny związek pomiędzy osobowością antyspołeczną a zaburzeniami emocji i zachowaniami przejawianymi przez młodsze jednostki. Trudne, czy nawet niemożliwe jest rozróżnienie wczesnego stadium rozwoju zaburzenia osobowości od zaburzenia ograniczonego do wieku młodzieńczego. Osoby zdiagnozowane jako cechujące się osobowością antyspołeczną przejawiały wcześniej zaburzenia opozycyjno-buntownicze i zaburzenia zachowania. Jednak nie u wszystkich dzieci charakteryzujących się tymi zaburzeniami wykształciła się antyspołeczna osobowość (Carson, Butcher, Mineka, 2003). Wśród zaburzeń psychicznych pozostających w związku z utrwalonym niedostosowaniem społecznym wymienia się zaburzenia związane z dzieciństwem, okresem dojrzewania oraz dorosłością. Zaburzenia wieku dziecięcego i młodzieńczego wskazywane w tym kontekście to wspomniane wcześniej: zaburzenia hiperkinetyczne / zaburzenia aktywności i uwagi (terminologia ICD-10), inaczej ADHD – zespół deficytu uwagi i nadpobudliwości psychoruchowej (według DSM-IV), charakteryzujące się ruchową nadaktywnością połączoną z impulsywnością, lekkomyślnością i niską tolerancją na stres, które prowadzić mogą do frustracji i zaniżonego poczucia własnej wartości, owocującego postawą antyspołeczną, zaburzenie opozycyjno-buntownicze, z tendencją do zachowań prowokacyjnych, złości, agresji, psychiatrycznie

rozumiane zaburzenie zachowania. Diagnozy dotyczące dorosłych to właśnie osobowość antyspołeczna, w tym jej psychopatyczna postać. W jej charakterystyce wymienia się niedostosowanie do przyjętych norm, kłamliwość, agresywność, niecierpliwość, nieodpowiedzialność oraz brak empatii.

Typologia zaburzeń

Zaburzenia emocji i zachowania nie są zjawiskiem jednolitym. Powracając do perspektywy pedagogicznej, trzeba powiedzieć, że w zakresie typologii podstawowym kryterium klasyfikacji zaburzonych zachowań są spektra aktywności – bierności oraz zewnętrznego i wewnętrznego ich charakteru (Urban, 2000). Rozpowszechniona typologia D.H. Stotta wskazuje na cztery postaci niedostosowania. Są to:

- zachowania wrogie, związane z postawą agresywną;
- zahamowania związane z biernością społeczną oraz depresyjnością;
- aspołeczność – typ skrajny, osobowość socjopatyczna;
- zachowania niekonsekwentne, dotyczące problemów z koncentracją uwagi i pobudliwością (Urban, 2000).

T.M. Achenbach dostrzega dwie podstawowe kategorie porządkujące zjawisko. Są to zachowania internalizacyjne i eksternalizacyjne, uzupełnione o typ mieszany (za: Urban, 2000). Jako przykłady zaburzeń podaje się konkretne zachowania, takie jak:

- zachowania uzewnętrzniające się – naruszanie norm społecznych, niszczenie mienia, napady złości, wrogość, kłótliwość, buntowniczość, przejawianie agresji fizycznej i werbalnej, bójki, kradzieże, groźby, krzywdzenie, nadaktywność, przestępczość, destrukcyjność, impulsywność, opór – przeciwstawianie się;
- zachowania uwewnętrznione – wyjątkowa nieśmiałość, bierność, przygnębienie, wycofanie społeczne, lęki, fobie, skłonności samobójcze, niska samoocena, brak popularności w grupie rówieśniczej.

Zaburzone zachowania podobnie klasyfikuje Myscher (za: Hillenbrand, 2007, s. 28), różnicując je jednak nie tylko ze względu na ich zewnętrzny lub wewnętrzny charakter, lecz także w kontekście

społecznej dojrzałości i zagrożenia, jakie tworzą. Proponuje on – obok kategorii zaburzeń zewnętrznych i wewnętrznych – uwzględnić zachowania społecznie niedojrzałe (osłabienie koncentracji, zachowania nieodpowiednie do wieku, szybkie męczenie się, brak wytrzymałości) oraz zachowania tworzące zagrożenie społeczne (gwałtowność, drażliwość, pobudzenie, utrata kontroli nad własnym postępowaniem).

Do zjawisk blisko związanych lub skorelowanych z zaburzeniami emocji i zachowania, czasem uznawanych za skrajne postacie tychże, należą zachowania ryzykowne, takie jak: zachowania przestępcze, autoagresywne, suicydalne (samobójcze) oraz uzależnienia. Samookaleczenie, choć uznawane za reakcję psychopatologiczną, może być jednocześnie rozumiane jako forma redukcji frustracji i bólu, przynoszenie ulgi oraz karanie własnej osoby. Z kolei szeroko rozumiane uzależnienia – od związanych z zażywaniem substancji psychoaktywnych po uzależnienia od zakupów czy przedmiotów – mogą być widziane zarówno jako czynnik sygnalizujący zaburzenie, jak i jako konsekwencja zaburzenia (Wysocka, 2009).

Przyporządkowanie konkretnej jednostki do danego typu zaburzenia przebiega na podstawie rozpoznania, diagnozy. Diagnoza pedagogiczna czy ściśle resocjalizacyjna, umożliwiająca zakwalifikowanie osoby do określonej grupy zaburzonych czy nieprzystosowanych, jest procesem złożonym. Opiera się na wielu technikach klinicznych i psychometrycznych, dzięki którym obraz diagnozowanej osoby staje się możliwie pełny. Zastosowanie znajdują tu przede wszystkim: obserwacja w różnych formach, rozmowa i wywiad, analiza dokumentów i wytworów, skale pomiarowe oraz techniki projekcyjne (Wysocka, 2009). Wśród użytecznych narzędzi w tym kontekście można wymienić: Skalę Niedostosowania Społecznego L. Pytki, Arkusz Diagnostyczny D.H. Stotta w adaptacji J. Konopnickiego, kwestionariusze T.M. Achenbacha, skale diagnostyczne dla dzieci i dla rodziców K. Hodges, Skalę Wykolejenia w tłumaczeniu M. Radochońskiego, Arkusz Zachowania Się Ucznia B. Markowskiej, Kwestionariusz

Wywiadu Środowiskowego i skale oceny funkcjonowania społecznego K. Ostrowskiej (Wysocka, 2009).

Przyczyny zaburzeń emocji i zachowania

Nie wydaje się możliwe wskazanie jednego, wybranego czynnika jako determinanty zaburzeń emocji i zachowania. Poszczególne perspektywy teoretyczne oraz badania empiryczne przeprowadzane na tej grupie koncentrują się na wątkach biologicznych i środowiskowych. Wykazano istnienie związku pomiędzy występowaniem zaburzeń emocji i zachowania u dzieci a przyjmowaniem narkotyków przez matki w okresie ciąży (Sinclair, 1998, za: Smith, 2008, s. 185). Także niska inteligencja werbalna, nieznaczne problemy neuropsychiczne oraz trudności temperamentalne wiążą się z kształtowaniem zaburzenia (Carson, Butcher, Mineka, 2003). Zaburzenia te są również bardziej prawdopodobne u dzieci będących ofiarami przemocy fizycznej, zaniedbanych i doświadczających ubóstwa (Smith, 2008) oraz mających status cudzoziemca i ucznia szkoły specjalnej (Hillenbrand, 2007).

Zjawisko wyjaśniane jest rozmaicie w ramach różnych koncepcji teoretycznych czy modeli naukowych (Urban, 2000; Hillendbrand, 2007). Model biofizyczny i teorie organiczne widzą zaburzone zachowania jako obserwowalny rezultat nieodpowiednio funkcjonującego centralnego układu nerwowego. Wśród nich znajdują się teorie genetyczne, teoria temperamentu, teorie neuropsychofarmakologiczne, teorie związane z żywieniem i teorie dysfunkcji neurologicznych. Swoje wyjaśnienia proponują także psychologowie. Ujęcie psychodynamiczne sugeruje, że zaburzona emocjonalność i nieprawidłowe zachowanie wypływają z traumatycznych doświadczeń we wczesnym stadium życia. Według behawiorystów każde zachowanie, także nieprawidłowe, zaburzone, powstaje na skutek procesu uczenia się. Jeśli w swych konsekwencjach zaburzone zachowanie jest dla jednostki pozytywne i wiąże się z jakąś korzyścią, to zostaje ono utrwalone (Urban, 2000).

Z punktu widzenia socjologii zaburzone emocje i zachowanie interpretowane są w kontekście nie tylko jednostki, lecz także całej grupy społecznej, w której jednostka żyje i której funkcjonowanie zakłóca przez naruszanie istniejących w niej norm. Problem norm i ich przekraczania stanowi osobne, szerokie zagadnienie i nie będzie tu szczegółowo omawiany. Warto jednak zaznaczyć, że brak internalizacji akceptowanych wartości kulturowych oraz brak lub niski stopień ich hierarchizacji wpływają na obniżenie poziomu ich przestrzegania. Częstym zjawiskiem jest także konflikt pomiędzy wartościami uznawanymi przez grupy społeczne, do których jednostka należy, na przykład środowisko rodzinne versus środowisko rówieśnicze. Interesującą teorią socjologiczną związaną z zaburzeniami emocji i zachowania oraz czynami przestępczymi jest teoria labelingu, czyli naznaczenia społecznego, która wskazuje na stygmatyzację jako możliwą przyczynę powstawania zaburzeń. Na skutek identyfikacji z etykietą jednostka rozpoczyna realizację destrukcyjnych działań przynależnych posiadanemu stygmatowi. Zgodnie z tą teorią proces naznaczania przebiega w trzech etapach: konfrontacji, osądzenia, wpisania się w rolę (Urban, 2000).

Przy analizie środowiskowych przyczyn zaburzeń emocji i zachowania czy niedostosowania społecznego szczególny nacisk kładzie się na najbliższe środowisko, czyli rodzinę, w której to następuje proces kształtowania jednostki i przygotowywania jej do życia społecznego. Jako czynniki związane z formą egzystencji rodziny, które wpływają na pojawienie się i utrwalenie zaburzeń emocji i zachowania, wymienia się: ubóstwo, zaburzoną strukturę rodzinną, brak pozytywnych związków emocjonalnych pomiędzy członkami rodziny, brak zainteresowania dzieckiem, niewłaściwe metody wychowawcze (Cudak, 1998). Badania amerykańskich psychologów wykazały, że pogmatwane i niejednoznaczne relacje z głównym opiekunem, doświadczenie odrzucenia, trwanie w rodzinnej sytuacji konfliktu oraz niekonsekwencja wychowawcza i zaniedbanie mają wpływ na kształtowanie się zaburzenia (Carson, Butcher, Mineka, 2003).

J. Konopnicki (1971) wśród przyczyn niedostosowania pojawiających się w środowisku rodzinnym wymienia: konflikty

między rodzicami, atmosferę pełną napięcia, awantury i bójki, alkoholizm. Zaburzone funkcjonowanie społeczne rodziców staje się wzorcem i przekłada się na zachowanie dziecka. Badając stosunki panujące w rodzinach dzieci nieprzystosowanych społecznie, H. Cudak (1998) wskazał, że w większości przypadków rodzice nie interesują się kontaktami społecznymi i edukacją dziecka, nie zakazują lub nie egzekwują zakazu opuszczania domu bez informowania opiekuna, nie powierzają dzieciom żadnych obowiązków domowych lub obciążają je ponad siły, w ramach kar stosują przede wszystkim bicie, krzyk, poniżanie i ośmieszanie, a wśród najwyżej ocenianych wartości wymieniają spryt życiowy i umiejętność zarabiania pieniędzy.

Za jeden z czynników wpływających na rozwój zachowań antyspołecznych i agresywnych, a nawet przestępczych, uważa się niski poziom empatii. Dzieci, które nie doświadczyły należytej troski i opieki i których potrzeby emocjonalne nie były należycie zaspokajane, nie wykształcają świadomości uczuć i zdolności do rozpoznawania ich u innych. Czynnik ten jest zatem kolejnym istotnym elementem związanym z funkcjonowaniem rodziny (Swick, 2005). Stosunki między dzieckiem i rodzicem mają znaczący wpływ także na antyspołeczność postaw i zachowań nastolatków. Konsekwentne rodzicielstwo, okazywanie wsparcia, akceptacji i bliskości ograniczają ryzyko angażowania się młodych ludzi w antyspołeczne przedsięwzięcia; i odwrotnie – wrogość, brak pogłębionej pozytywnej więzi oraz dbałości lub nadmierna kontrola wykorzystująca karę mogą stanowić czynniki ryzyka (Deković, Janssens, Van As, 2003). Rodzinne relacje i więzi oraz formy sprawowania opieki, w których brak odpowiedniej kontroli i zaufania, są istotnym czynnikiem wpływającym na podejmowanie działalności przestępczej (Katz, 2005).

Innym elementem środowiska, który także wymienia się w kontekście przyczyn powstania nieprzystosowania społecznego, jest szkoła (Konopnicki, 1971). Stosunki panujące między nauczycielami/wychowawcami a grupą mogą wpływać pozytywnie i łagodząco lub wręcz przeciwnie – stymulować sytuacje konfliktowe i zachowania nieakceptowane. H. Spionek (1965, za: Cudak, 1998)

zauważa, że w kontekście rozwoju społecznego dziecka szkoła może się stać: 1) pierwotną przyczyną zaburzeń rozwoju, 2) terenem, na którym zaburzenia się ujawniają, 3) jednym z elementów w szerokim procesie patologizacji. Za ewentualne pierwotne źródło zaburzeń rozwoju uznaje: trudne warunki życia szkolnego, nieadekwatny system wymagań, nieodpowiednie cechy osobowe nauczyciela (Cudak, 1998, s. 72). Dwa ostatnie zjawiska mogą wpływać na poczucie krzywdy i niesprawiedliwości u uczniów, co z kolei przekłada się na negatywne postawy i zachowania. Często trudności szkolne wiążą się z nieprzystosowaniem społecznym, ciężko jednak ustalić zależność między tymi zjawiskami.

Omawiając problem wpływu środowiska na występowanie zaburzeń emocji i zachowania, poza domem i szkołą należy zwrócić uwagę również na siłę oddziaływania grupy rówieśniczej. Przynależność do subkultury często wiąże się z decyzją o zaakceptowaniu jej systemu wartości, nierzadko niespójnego z szerzej przyjętym w danej kulturze. Zatem to samo zachowanie może być uznane za zaburzone przez część systemu społecznego, a w pełni aprobowane i wspierane przez inną grupę. Potrzeba popularności w grupie rówieśniczej może się wtedy stać wzmocnieniem zachowań nieakceptowanych w ogólniejszym wymiarze.

Podstawowym problemem dzieci i młodzieży z zaburzeniami emocji i zachowania jest współistnienie w społeczeństwie wiążące się z respektowaniem ogólnie przyjętych reguł. By odnaleźć się w środowisku i zaakceptować stawiane przez nie wymagania, konieczne jest przyswojenie jego zasad oraz zrozumienie procesów i założeń leżących u ich podstaw. Muzykoterapia wydaje się mieć potencjał ukazywania i kształtowania niektórych z nich, takich jak: komunikacja i percepcja potrzeb, szacunek, empatia, poprawne interakcje społeczne. Jest także dogodnym medium do ich trenowania.

Muzykoterapia w zaburzeniach emocji i zachowania

Praca terapeutyczna z dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami emocji i zachowania może przybrać profil pedagogiczny, psychoterapeutyczny, resocjalizacyjny lub arteterapeutyczny. Działania tego typu są obficie opisane w literaturze przedmiotu, niniejsza publikacja dotyczy wyłącznie wątku muzykoterapeutycznego.

Potencjał muzykoterapii w kontekście pracy z dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami emocji i zachowania został dostrzeżony już w początkowej fazie jej istnienia jako współczesnej dyscypliny naukowej[2]. W jednej z wczesnych publikacji mających całościowy charakter i dotyczących stosowania muzyki w terapii – *Music in Therapy*, wydanej w 1968 roku, E.T. Gaston, psycholog i popularyzator muzykoterapii, wśród grup, do których z powodzeniem można kierować oddziaływania z użyciem muzyki, wymienia tę właśnie populację. W tym samym roku, w jednym z pierwszych wydań „Journal of Music Therapy" C. Madsen i Ch. Madsen (1968) przedstawili studium dotyczące młodzieńca z zaburzeniami emocji i zachowania, w przypadku którego – dzięki modyfikacji zachowania osiągniętej przez zastosowanie muzyki – uzyskano poprawę w funkcjonowaniu społecznym, J. Hill (1968) podjął zaś problem istnienia ewentualnych różnic w działaniu i umiejętnościach muzycznych pomiędzy dziećmi ze środowisk zagrożonych a tymi wychowywanymi w warunkach uznawanych za optymalne. Już przedtem zresztą, w początkach XX wieku, muzyka była obecna między innymi w amerykańskich programach resocjalizacyjnych – jedna z najbardziej legendarnych postaci jazzu, L. Armstrong, gry na trąbce i perkusji nauczył się podczas kilku lat spędzonych w zakładzie poprawczym, będąc członkiem orkiestry tamtejszej placówki [Piątkowski (red.), 2005]. W Polsce wychowawcze funkcje muzyki w resocjalizacji także dostrzegano i poddawano badaniom. Interesujące wydają się propozycje T. Żychowskiej (1983), która na podstawie quasi-eksperymentu

przeprowadzonego w zakładzie poprawczym dla dziewcząt skonstruowała dwuelementowy model oddziaływania przez muzykę. Element pierwszy stanowi w nim dodatkowa godzina szkolnych zajęć muzycznych realizowanych zgodnie ze specjalnie opracowanym programem. Element drugi to organizacja w placówce tzw. klubu miłośników muzyki, spotykającego się w czasie wolnym. Wśród aktywności odbywających się w ramach klubu T. Żychowska wymienia działania takie, jak: słuchanie muzyki różnych gatunków – zarówno z nagrań, jak i na żywo (w wykonaniu wychowanków oraz muzyków zawodowych), muzykowanie na instrumentach prowadzące do występów publicznych, śpiewanie piosenek, zajęcia muzyczno-ruchowe z elementami rytmiki i gimnastyki, improwizacja muzyczna, spotkania dyskusyjne, redakcja gazetki o tematyce muzycznej, czyli aktywności, których większość włącza się w dzisiejsze oddziaływania muzykoterapeutyczne. W latach 90. XX wieku ważną rolę muzyki w procesie wychowawczym i resocjalizacyjnym młodzieży z zaburzeniami emocji i zachowania zaakcentowali R. Kaszczyszyn (1991, za: Stachyra, 2009b) i M. Kopacz (1997). Także publikacje bieżące podkreślają celowość stosowania działań muzykoterapeutycznych w odbudowywaniu prawidłowych postaw osób resocjalizowanych (Stachyra, 2009b). Jednak pomimo upływu kilku dekad i potwierdzenia sensu działań muzycznych w polskich placówkach poprawczych, wychowawczych czy socjalizacyjnych, muzykoterapia jest wciąż marginalizowanym elementem ich programu; część instytucji nie ma w ogóle regularnych zajęć o takim profilu, kiedy indziej zajęcia muzyczne prowadzone są w nieadekwatny, nieefektywny sposób.

Obok placówek o charakterze oświatowym czy resocjalizacyjnym ważnymi ośrodkami, w których muzykoterapia skierowana do opisywanej grupy znajduje, czy też mogłaby znaleźć miejsce, są oddziały szpitali psychiatrycznych różnego typu. Zarówno w placówkach otwartych, jak i zamkniętych, całodobowych i dziennych działania muzykoterapeutyczne wydają się mieć potencjał, by efektywnie wspomagać osoby z opisanymi zaburzeniami.

Muzykoterapia może się również znakomicie wpisywać w warunki działania różnych instytucji tworzonych z myślą o dzieciach i

młodzieży z zaburzeniami emocji zachowania lub stanowiących nierzadko ich miejsce pobytu, takich jak między innymi: specjalistyczne oddziały szpitalne, szkoły, świetlice, ośrodki szkolno-wychowawcze, specjalne ośrodki wychowawcze, placówki opiekuńczo-wychowawcze typu rodzinnego, socjalizacyjnego i interwencyjnego, placówki wsparcia dziennego, zakłady poprawcze, ośrodki wspierania rodzin itd.

Cele, formy oddziaływania

Cele oddziaływań muzykoterapeutycznych są konstruowane w kontekście problemów oraz obszarów potrzeb dzieci i młodzieży z zaburzeniami emocji i zachowania. W uogólnionej formie listę najczęściej zakładanych i możliwych do osiągnięcia celów w odniesieniu do dzieci i młodzieży z problemami natury psychicznej, których dużą część stanowią jednostki z zaburzeniami emocji i zachowania (wykazujące zaburzenia eksternalizacyjne i internalizacyjne), skonstruowaną na podstawie przeprowadzonych badań (Layman, Hussey, Laing, 2002a; Crowe, 2007a, 2007b) przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Cele oddziaływań muzykoterapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży z zaburzeniami emocji i zachowania

Dzieci i młodzież
Poprawa: – kontroli impulsów – koncentracji uwagi – tolerancji na stres i frustrację – komunikacji werbalnej i niewerbalnej – umiejętności organizacji, porządkowania – zachowań społecznych – integracji z grupą – integracji „ja” realnego z „ja” idealnym
Wykształcanie:

– strategii relaksacyjnych

– umiejętności rozładowywania napięć w sposób akceptowany społecznie

– umiejętności rozpoznawania emocji i zachowań emocjonalnych

– umiejętności wychodzenia z inicjatywą

– umiejętności planowania, rozwiązywania problemów, decydowania, dokonywania wyborów

– umiejętności budowania pogłębionych relacji opartych na wzajemności

– poczucia bezpieczeństwa

– poczucia kontroli, wpływu, sprawczości i odpowiedzialności

– właściwego poczucia własnej wartości

– empatii

– zaangażowania w działania grupy

– umiejętności przestrzegania reguł

– troski o innych

– zainteresowań, prowadzących do akceptowanej społecznie formy spędzania czasu wolnego

– wiedzy dotyczącej zagrożeń społecznych (uzależnienia, przemoc) i możliwości reakcji

Obniżanie:

– napięcia

– poziomu agresji

– niepokoju

Wspomaganie:

– prawidłowego rozwoju

– rozwoju umiejętności szkolnych

– kształtowania tożsamości

– ekspresji emocjonalnej

– integracji w zakresie emocji i zachowania

– osiągania świadomości siebie i wglądu

– rozwoju samoświadomości emocjonalnej

– umiejętności współpracy

Źródło: opracowanie własne.

Powyższa tabela nie wyczerpuje wszystkich możliwych celów działań muzykoterapeutycznych z opisywaną populacją, wskazuje jedynie na obszary, których ten rodzaj oddziaływania terapeutycznego może dotyczyć. Wymienione cele są zresztą sformułowane w sposób ogólny, generalny, w praktyce zaś każdy program terapeutyczny dopasowany jest ściśle do jednostki. Zaburzenia emocji i zachowania są – jak wykazano – zjawiskiem szerokim i zróżnicowanym. Jedną z największych zalet muzykoterapii jest natomiast jej elastyczność. Zatem kliniczne cele operacyjne, szczegółowe, mogą przyjąć najróżniejszą postać, podobnie jak zmienna i zindywidualizowana będzie muzyka, na podstawie której uruchomiony zostanie proces terapeutyczny. Przy ustanawianiu celów istotna jest zatem wiedza z psychologii rozwojowej, świadomość rozwoju muzycznego człowieka oraz – przede wszystkim – indywidualne rozpoznanie konkretnego klienta, diagnoza medyczna, psychologiczna i pedagogiczna oraz muzykoterapeutyczna ocena funkcjonowania i preferencji muzycznych.

Nawiązując do rozważań dotyczących relacyjnego charakteru muzykoterapii, dobrze korespondującego z potrzebami w zakresie funkcjonowania społecznego dzieci i młodzieży z zaburzeniami emocji i zachowania, można zauważyć, że doświadczenia z grupy aktywnej wydają się tutaj szczególnie adekwatne.

Komponowanie, improwizacja oraz wykonywanie/odtwarzanie łączą się bezpośrednio z koniecznością współdziałania, czyli właśnie wchodzenia w relacje. Pisanie piosenki czy komponowanie utworu wymagają współpracy z terapeutą i – jeśli stosowane są w grupie – z pozostałymi uczestnikami zajęć. Forma utworu z jednej strony daje możliwość wyrażenia własnych pomysłów, z drugiej – wymusza kompromisy konieczne do osiągnięcia spójności muzycznej. Istotny jest zatem element współpracy w procesie powstawania „dzieła" i komunikacji na etapie formułowania przekazu. Trzeba jednak zwrócić uwagę na fakt, że sprawność językowa oraz kreatywność młodzieży z zaburzeniami tego typu są nierzadko słabe. Terapeuta musi więc szczególnie zwracać uwagę na to, by – oczekując inicjatywy od klienta – nie postawić poprzeczki zbyt wysoko. W takiej sytuacji bardzo łatwo o natychmiastowe wycofanie się, frustrację i skutek przeciwny do terapeutycznego.

W improwizacji pierwszoplanowym zjawiskiem jest słuchanie i bycie słuchanym – wspólna gra, połączona z podstawową wrażliwością muzyczną musi łączyć element percepcji i ekspresji. Z moich doświadczeń praktycznych wynika, że najchętniej angażują się w nią młodsze dzieci. Nastolatki mają problem ze spontaniczną ekspresją tego typu, silne nieraz poczucie wstydu oraz niechęć do podejmowania czynności, w których nie czują się pewnie i których celu nie rozumieją. Poza tym w wyniku autokrytycyzmu szybko zniechęcają się podczas gry, gdy osiągane rezultaty brzmieniowe odbiegają od tych, które chciałyby usłyszeć. Ważna jest struktura gry oraz wyznaczenie pewnych reguł (np. przypisanie instrumentu do osoby, wskazanie na rejestr, w którym należy się poruszać, przedstawienie sposobów gry itd.). Zdarza się, że ich brak może doprowadzić do szybkiego zniechęcenia dziecka, które – jeśli nie jest wystarczająco muzykalne – nie dostrzega wtedy w improwizacji ani wyzwania, ani zadania, ani zabawy.

Wreszcie wykonawstwo, czy to publiczne czy ograniczone do sytuacji sesji, ma w sobie walor komunikacyjny i – jeśli nie przebiega w solowej formie – wiąże się ze współdziałaniem i współodpowiedzialnością. Jeśli ma formę występu solowego, towarzyszą mu duże emocje. Może przynieść satysfakcję, uświadamiając jednocześnie pewne możliwości wpływu, i wzrost poczucia własnej wartości. Niezwykle istotny jest w tym przypadku dobór repertuaru. Badania sugerują (Konieczna-Nowak, 2012), że pozostawienie dowolności pod tym względem może prowadzić do pozyskania interesującego materiału o charakterze diagnostycznym i terapeutycznym zarazem. Wydaje się, że młodzież – w sposób świadomy lub nie – identyfikując się z wybranymi piosenkami, formułuje w gruncie rzeczy bardzo osobisty, indywidualny przekaz.

Innym środkiem, łatwo trafiającym do nastolatków z zaburzeniami emocji i zachowania, jest taniec. Choć działania taneczne należą do dziedziny, jaką jest choreoterapia, to elementy współczesnego tańca (np. breakdance) niewątpliwie podnoszą atrakcyjność zajęć, wpływając tym samym na motywację klientów.

Praktyka muzykoterapeutyczna

W piśmiennictwie z zakresu muzykoterapii dzieci i młodzieży z zaburzeniami emocji i zachowania można znaleźć sprawozdania z programów muzykoterapeutycznych stosowanych w różnego typu instytucjach. M. Nocker-Ribaupierre i A. Wolf (2010) przedstawiają praktyczne podejście w muzykoterapii niemieckiej, wspomagające prewencyjne działania przeciw agresywnym zachowaniom nastolatków w środowisku szkolnym. Za pomocą technik improwizacyjnych promuje się poprawną formę interakcji, samoregulację oraz współpracę. Wykształcenie tych umiejętności zapobiega sytuacjom prowadzącym do reakcji agresywnych. W pierwszym etapie nacisk kładzie się na spójność wewnętrzną grupy/klasy, buduje się poczucie przynależności i akceptacji. Ćwiczeniami muzykoterapeutycznymi zalecanymi na tym etapie są proste zabawy z improwizacją – na przykład wspólna gra na instrumentach perkusyjnych, odgrywanie improwizacji dla osób potrzebujących szczególnej uwagi, przekazywanie prowadzenia improwizacji poszczególnym członkom grupy. Kolejny krok programu to praca na tematach związanych z problemem konfliktu i agresji. Tutaj ważnym punktem jest rozmowa dotycząca przeżyć związanych z sytuacjami konfliktowymi i obecnością agresji, a główną stosowaną techniką – elementy dramy z ekspresją muzyczną, która odzwierciedla uczucia towarzyszące przedstawianym scenom. Spotkania są prowadzone z uwzględnieniem założeń psychoterapii poznawczej, dzieci dzielą się swoimi doświadczeniami i przemyśleniami dotyczącymi przemocy, a następnie mają możliwość wyrażenia ich w muzycznej formie.

S. Sausser i R. Waller (2006) proponują podejście wykorzystujące dorobek behawioryzmu, wskazując na silnie zindywidualizowane i oparte na przejrzystej strukturze sesje muzykoterapeutyczne jako narzędzie wspomagające realizację ogólnych celów społecznych, emocjonalnych i edukacyjnych w amerykańskiej placówce oświatowej. Stałą i jasną strukturę spotkań wspomagają niezmienne

elementy, czyli piosenki na rozpoczęcie i zakończenie, oraz klarowne reguły dotyczące zachowań akceptowanych podczas sesji, wraz z nagrodami i formami napomnień czy kar. W ramach sesji stosuje się techniki takie, jak: improwizacje instrumentalne, wspólny śpiew, tworzenie piosenek, gry muzyczne, ćwiczenia muzyczno-ruchowe oraz – uznawane za szczególnie istotne – dyskusje dotyczące treści piosenek.

Podobnie – z uwzględnieniem ściśle określonych, behawioralnych celów – swój model muzykoterapii dla dzieci z doświadczeniami silnej, złożonej traumy w zakresie relacji skonstruowali D. Hussey, A. Reed, D. Layman i V. Pasiali (2007). Traumatyczne doświadczenia wczesnego dzieciństwa mogą powodować szereg zaburzeń w sferze emocji i zachowania. Model ów koncentruje się zatem na wykształceniu świadomości społecznej wzajemności, której brak stanowi źródło nie tylko wielu problemowych zachowań, lecz także – przede wszystkim – nieumiejętności wchodzenia w prawidłowe, pozytywne związki emocjonalne. Plan działania zakłada tu trzy fazy. Celem pierwszej z nich jest zbudowanie zaufania i zaangażowania w terapię. Wykorzystuje się stałą strukturę zajęć i jasno określone oczekiwania. Aktywności dotyczą indywidualnych osiągnięć dziecka, są to na przykład: nauka gry danej melodii na wybranym instrumencie, zdobywanie umiejętności odczytywania i realizowania rytmów. W fazie drugiej, skoncentrowanej na budowaniu świadomości relacji społecznych, realizowane są aktywności w większym stopniu wymagające współpracy dziecka i terapeuty, takie jak śpiew piosenki (dziecko) z akompaniamentem (terapeuta), wspólne wykonywanie utworu muzycznego. Następuje po nich rozmowa dotycząca samopoczucia dziecka w sytuacjach wymagających wzajemnego oddziaływania. Ostatnia faza ukierunkowana jest już bezpośrednio na społeczną wzajemność. Struktura zajęć staje się dowolniejsza, a stosowane techniki, takie jak pisanie piosenek czy analiza tekstów, bezpośrednio eksplorują tematykę będącą w centrum zainteresowania.

W przypadku młodocianych przestępców, niebędących co prawda wprost grupą, wokół której koncentruje się niniejszy rozdział, lecz populacją „pokrewną”, do której dzieci i młodzież z zaburzeniami

emocji i zachowania niestety nierzadko dołączają, praktykę muzykoterapeutyczną opisała J.G. Wyatt (2002). Zaproponowała stosowanie aktywności bazujących głównie na słuchaniu odpowiedniej muzyki młodzieżowej (hip-hop, rap), przeprowadzaniu quizów jej dotyczących i dyskutowaniu treści; sformułowała także listę porad, których stosowanie pozwala na efektywną pracę z tą grupą. Wśród nich znalazły się zalecenia takie, jak: bądź uczciwy i szczery, utrzymuj uwagę i motywację grupy za pomocą różnorodności stosowanych interwencji, bądź zdolny do kompromisów itd., które wydają się odpowiednie także w pracy z dziećmi i młodzieżą niebędącymi w konflikcie z prawem, lecz mającymi problemy z dostosowaniem się do społecznych oczekiwań.

Na gruncie polskim – w kontekście placówek opiekuńczo-wychowawczych, których mieszkańcy często doświadczyli traumy i podejmują zachowania będące jej następstwem – swoimi refleksjami w zakresie muzykoterapii dzieli się W. Kołodziejska (2010). Stwierdza ona, że działania muzykoterapeutyczne, szczególnie te skoncentrowane na śpiewie oraz improwizacji instrumentalnej i tanecznej, mają pozytywny wpływ na dzieci pozostające w placówce opieki całodobowej w zakresie poprawy komunikacji, aktywności zadaniowej i emocjonalnej, współpracy z innymi członkami grupy oraz poprawy samopoczucia. Mając z kolei na uwadze środowisko szkolne, potencjał muzykoterapii aktywnej w stosunku do dzieci ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się i nadaktywnością psychoruchową dostrzega L. Matuszak (2007), przedstawiając między innymi ćwiczenia w zakresie: pracy nad emocjami, komunikacji w grupie, rozwijania analizatora słuchowego i pamięci oraz motoryki małej i dużej. Także M. Konopczyński (1996) docenia muzykoterapię jako ważny element w twórczej resocjalizacji dzieci i młodzieży.

Stan badań

Poniżej przedstawione zostaną rezultaty wybranych badań dotyczących form stosowania muzykoterapii oraz jej efektywności w stosunku do dzieci i młodzieży z zaburzeniami emocji i zachowania. Ze względu na wielość perspektyw przyjmowanych wobec opisywanej populacji wspomniane badania odnosić się będą do kategorii psychiatrycznych oraz pedagogicznych, resocjalizacyjnych.

Rozważania na temat roli muzykoterapii skierowanej do dzieci pozostających w opiece zastępczej i przejawiających zaburzenia, wzbogacone o poglądowe opisy przypadków przedstawili D. Layman, D. Hussey i S. Laing (2002a). Wskazali oni na potencjał oddziaływań muzykoterapeutycznych w kontekście takich celów, jak budowa pogłębionych relacji, wzmacnianie poczucia własnej wartości, mierzenie się z problemem odrzucenia. Refleksje na temat praktyki muzykoterapeutycznej w odniesieniu do podobnej grupy (dzieci z zaburzeniami emocji w placówce wychowawczej) zaprezentowali także M. Hong, D. Hussey i M. Heng (1998). Autorzy ci zauważyli konieczność uporządkowania i sklasyfikowania działań praktycznych w odniesieniu do tej populacji, mając na uwadze jej zróżnicowanie. Proponując wewnętrzny podział grupy ze względu na dominujący problem (nadużycia wobec dzieci, nieumiejętność budowania więzi i rozumienia wzajemności, opóźnienie rozwojowe), wskazali na konieczność przyjęcia odmiennej perspektywy w zależności od niego. Dokonali charakterystyki trzech przypadków, w których działania muzykoterapeutyczne zaprogramowano ściśle dla potrzeb wynikających z konkretnych zaburzeń, ukazując improwizację jako uniwersalne narzędzie w pracy z opisanymi jednostkami.

Praktykę muzykoterapeutyczną dotyczącą dzieci z ADHD i ich leczenia w USA zbadała N.A. Jackson (2003). Rezultaty, które uzyskała, są istotne dla poruszanej problematyki, zważywszy na fakt, że ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, zaburzenie hiperkinetyczne) to jedno z zaburzeń mających związek z

zaburzeniami emocji i zachowania, które mogą mieć wpływ na późniejsze niedostosowane społecznie zachowanie. Na podstawie ankiet, przeprowadzonych z udziałem muzykoterapeutów amerykańskich, N.A. Jackson (2003) zidentyfikowała techniki najczęściej stosowane w pracy muzykoterapeutycznej z populacją w wieku wczesnoszkolnym, najczęstsze cele tej terapii oraz pogląd prowadzących terapię na jej efektywność. Wykazano, że największą popularnością cieszą się techniki łączące muzykę z ruchem, improwizacje instrumentalne, gry muzyczne oraz wspólne śpiewanie. Cele zazwyczaj są behawioralne, dotyczą zachowań społecznych oraz procesów poznawczych. Muzykoterapia postrzegana jest jako skuteczne narzędzie w pracy z tą grupą, a sesje mogą przyjmować zarówno indywidualny, jak i grupowy format.

Przechodząc od rozważań dotyczących praktycznych rozwiązań w kierunku badań efektywności muzykoterapii, można przedstawić studium przypadku J. Hibben (1991). Obserwując ośmioosobową klasę dzieci z ADHD i trudnościami w nauce w wieku od sześciu do ośmiu lat, dostrzegła ona, że muzykoterapia aktywna może wspomagać interakcję w grupie oraz jej spójność, integrację. Jednocześnie aktywność muzyczna stymuluje poprawne reakcje emocjonalne, sprzyja bliskości oraz uczy odpowiedzialności za własne zachowania.

Inne studium przypadku – przeprowadzone przez M. Kivland (1986) – wska-
zuje na skuteczność stosowania muzykoterapii w kontekście budowania pozytywnego obrazu samego siebie oraz umiejętności przyjmowania opinii wartościujących pozytywnie u nastoletniego chłopca, który wykazywał zaburzenia
zachowania. Badany chłopiec po trwającej 12 tygodni terapii był w stanie akceptować pochwały oraz wskazywać własne sukcesy nie tylko na gruncie działań muzycznych, lecz również w innych sytuacjach.

Przedmiotem badań eksperymentalnych stały się interwencje muzykoterapeutyczne skierowane także do starszych dzieci i młodzieży z zaburzeniami hiperkinetycznymi, deficytami uwagi, często idącymi w parze z zaburzeniami zachowania. Badanie D.J.

Rickson i W.G. Watkins (2003), które dotyczyło nastoletnich chłopców przejawiających zachowania agresywne, wykazało tendencję w kierunku możliwej skuteczności muzykoterapii w zakresie kształtowania pozytywnych relacji w grupie oraz zwiększenia świadomości potrzeb i uczuć pozostałych uczestników zajęć. Jednocześnie zasygnalizowało problem pojawiającego się nadmiernego pobudzenia nastolatków z zaburzeniami hiperkinetycznymi. Autorzy badania sugerowali, że może się ono wiązać z zastosowanym modelem muzykoterapii: w przypadku przeprowadzonego badania działania muzykoterapeutyczne oparte były na założeniach humanistyczno-egzystencjalnych i miały charakter otwarty, być może silniej ustrukturyzowana forma zajęć ograniczyłaby to zagrożenie. W kolejnym eksperymencie (Rickson, 2006) zbadano zatem ewentualną różnicę w rezultatach oddziaływań muzykoterapeutycznych o charakterze improwizacyjnym, wynikających z założeń humanistycznych, oraz muzykoterapii o dyrektywnym charakterze, osadzonej w nurcie behawioralnym, o jednoznacznej strukturze i konkretnych instrukcjach. Badanie nie wykazało jednak różnicy; autorka dostrzegła, że oba modele muzykoterapii wydają się mieć podobny potencjał w zakresie redukcji symptomów nadpobudliwości psychoruchowej.

Kolejne badanie związane jest z działalnością pedagogiczną, resocjalizacyjną. S. Snow i M. D'Amico (2010) nie odnoszą się do klientów z konkretnymi diagnozami psychiatrycznymi; badana jest młodzież sklasyfikowana jako zagrożona niedostosowaniem społecznym. W tym przypadku obserwowano grupę osób w wieku 16–17 lat, której uczestnicy pochodzili ze środowisk patologicznych i odbierali edukację w szkole specjalnej dostosowanej do ich potrzeb, podczas zajęć zwanych drum circle (krąg bębniarski, warsztaty bębniarskie). W czasie zajęć uczono kolejnych sekwencji rytmicznych, różnych możliwości gry na bębnach oraz umożliwiano dowolną, kreatywną ekspresję instrumentalną. W odczuciu członków grupy dzięki udziałowi w *drum circle* stali się oni bardziej otwarci i pewniejsi siebie. Część grupy dostrzegła także pozytywne skutki w zakresie obniżenia poziomu stresu i złości oraz podniesienia

motywacji. Prowadząca grupę oraz autorki tekstu wysunęły podobne wnioski z danych obserwacyjnych.

Obiecujące rezultaty osiągnęła w swym badaniu L. Gooding (2011). W przeprowadzonych przez nią eksperymentach udział wzięły nastolatki z deficytami w zakresie umiejętności społecznych. Pierwszy z eksperymentów zrealizowany został w szkole, drugi – w placówce opieki stałej, trzeci – w świetlicy środowiskowej. Sesje muzykoterapeutyczne skonstruowane zostały zgodnie z perspektywą poznawczo-behawioralną, interwencjom terapeutycznym towarzyszyło stosowanie takich technik, jak modelowanie czy odgrywanie ról. Uzyskane wyniki wskazały na znaczącą poprawę funkcjonowania społecznego po cyklu sesji muzykoterapeutycznych w porównaniu do zachowania przejawianego przed rozpoczęciem terapii.

Ze zjawiskiem zaburzeń emocji i zachowania, szczególnie przejawianych przez dzieci i młodzież – głównie wychowanków instytucji różnego typu – łączą się wczesne doświadczenia traumy, rozumianej jako trwałe zmiany w psychice spowodowane nagłym, trudnym i przykrym przeżyciem. Nierzadkim zjawiskiem są w tej grupie doświadczenia molestowania seksualnego, samookaleczanie, uzależnienia. Muzykoterapia może być cennym narzędziem w działaniach zmierzających do zmniejszania dewastujących skutków takich przeżyć oraz ograniczania ryzykownych zachowań. Studia przypadków wskazują na pozytywne zmiany w funkcjonowaniu dzieci wykorzystywanych seksualnie dzięki muzykoterapii prowadzonej w duchu analitycznym i w modelu muzykoterapii kreatywnej (Strehlow, 2009; Robarts, 2006) oraz w przypadku osób dorosłych, które doświadczyły molestowania seksualnego w dzieciństwie (Amir, 2004). Działania muzykoterapeutyczne połączone z terapią behawioralną dały także dobrze rokujące rezultaty w zakresie ograniczania samookaleczania się przez młode osoby z problemami psychicznymi (Plener, Sukale, Ludolph, Stegemann, 2010). Z kolei wizualizacja okazała się skutecznym narzędziem w działaniach skierowanych do ludzi uzależnionych, wpływając pozytywnie na ich poczucie kontroli i samoskuteczności oraz redukcję napięcia psychofizycznego (Stachyra, 2009a), stwierdzono

także, że muzykoterapia prowadzona w formie improwizacyjnej może się przyczynić do obniżenia poziomu depresji (Albornoz, 2011). Ten rodzaj terapii może również stanowić bezpieczne środowisko, w którym osoby uzależnione konfrontują się z emocjami (Baker, Gleadhill, Dingle, 2007); jest uważany przez nie za efektywny i wartościowy (Silverman, 2003b). Choć uzależnienie nie ma bezpośredniego związku z zaburzeniami emocji i zachowania, to jednak – ze względu na częstą skłonność do uzależnień u młodych osób z tym problemem – wyniki badań w tym zakresie należy brać pod uwagę.

Obok badań wskazujących na ewentualne rezultaty stosowania muzykoterapii ogólnie istnieją także studia koncentrujące się na wybranych technikach muzykoterapeutycznych. L.M. Montello i E.E. Coons (1998) przeprowadzili eksperyment z udziałem młodszych nastolatków z zaburzeniami emocji i zachowania oraz problemami w nauce, którego celem było zbadanie, czy muzykoterapia aktywna będzie mieć inne rezultaty niż receptywna. Po 12 sesjach muzykoterapeutycznych widoczne były pozytywne zmiany w zachowaniu w obu grupach; autorzy dostrzegli, że skuteczność danej interwencji wydaje się związana bardziej z indywidualnymi preferencjami niż z ogólnym charakterem aktywności.

Dobrym podsumowaniem prezentacji badań związanych z szeroko rozumianą tematyką muzykoterapii dzieci i młodzieży z zaburzeniami emocji i zachowania są rezultaty metaanalizy C. Golda, M. Voracka i T. Wigrama (2004). Na podstawie 11 badań eksperymentalnych, spełniających restrykcyjne metodologiczne kryteria, wykazali oni, że muzykoterapia może być efektywną metodą oddziaływania w terapii dzieci i młodzieży z objawami psychopatologicznymi. Jej skuteczność jest szczególnie wyraźna w przypadku zaburzeń zachowania oraz zaburzeń rozwojowych, a największy potencjał w tym zakresie wykazuje podejście eklektyczne.

---

1 Termin „antyspołeczne zaburzenie osobowości” pojawia się w klasyfikacji DSM-IV. W ICD-10 funkcjonuje określenie „osobowość dyssocjalna”.

2 Wychowawcza rola muzyki była przedmiotem refleksji od czasów antycznych, co samo w sobie stanowi niezwykle szerokie i interesujące zagadnienie, jednak aspekt historyczny nie jest centralny dla niniejszych rozważań i został pominięty. Pisząc o muzykoterapii w kategoriach współczesnej nauki, mam na myśli oblicze dyscypliny ukształtowane w XX wieku w kulturze zachodniej.

Dorośli z zaburzeniami psychicznymi

Wprowadzenie

Kolejną grupą, w leczeniu i wspomaganiu funkcjonowania której muzykoterapia może odegrać istotną rolę, są dorośli z zaburzeniami psychicznymi. „Zaburzenia psychiczne" to termin bardzo ogólny, opisuje zaburzenia o bardzo różnym charakterze, różnej trwałości i nasileniu. Źródłem podstawowej wiedzy w tym zakresie, koniecznej do kompetentnego planowania i realizowania procesu muzykoterapii, stać się powinny: rozdział V Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) zatytułowany *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania* lub opracowania amerykańskiej klasyfikacji zaburzeń psychicznych, na przykład *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR* pod redakcją J. Wciórki (2008). Klasyfikacje różnią się nieco w stosowanej terminologii, mają także inną formę, warto więc odwoływać się do obu tych źródeł.

Niniejsza publikacja nie ma charakteru specjalistycznego, zatem przedstawione poniżej informacje, zaczerpnięte z pierwszej ze wspomnianych pozycji, w żadnym razie nie będą wyczerpujące dla rzetelnego klinicysty. Stanowią wprowadzenie do szerokiej problematyki, z jaką spotka się muzykoterapeuta zatrudniony w szpitalu czy na oddziale psychiatrycznym, w domu pomocy społecznej lub w innym środowisku funkcjonowania osób z zaburzeniami psychicznymi.

Wśród kategorii wymienianych w V rozdziale ICD-10 znajdują się:

- organiczne zaburzenia psychiczne, włącznie z zespołami objawowymi (tu różnego typu otępienie i majaczenia);
- zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych;
- schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii i urojeniowe;
- zaburzenia nastroju (afektywne);

- zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną;
- zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi;
- zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych;
- upośledzenie umysłowe;
- zaburzenia rozwoju psychicznego;
- zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym.

Rozdział ten nie zawiera wskazówek dotyczących stosowania muzykoterapii w przypadku dwóch pierwszych i trzech ostatnich kategorii. Działania skierowane do osób przejawiających niektóre zaburzenia z tych kategorii ze względu na wiek omawianych klientów lub inne czynniki ujęto w innych rozdziałach.

Charakterystyka zaburzeń

Poniżej przedstawiono zwięzłą charakterystykę wybranych zaburzeń (stworzoną na podstawie ICD-10, rozdział V). Świadomość podstawowych objawów zaburzeń jest konieczna do wyznaczenia odpowiednich celów terapii i zastosowania adekwatnych technik w działaniach muzykoterapeutycznych.

Schizofrenia – charakteryzuje się zaburzeniami myślenia i spostrzegania oraz spłyconym afektem. Częste są urojenia oraz omamy, najczęściej słuchowe. Występują także: apatia lub pobudzenie, zdezorganizowana i niespójna mowa, zachowania katatoniczne (jak zastyganie), spłycenie reakcji emocjonalnych. Zaburzenie może występować epizodycznie, osiągalna jest remisja, zdarzają się także postaci uporczywe i ciągłe – możliwy jest jednak powrót do zdrowia. Schizofrenia może przybrać postać paranoidalną, hebefreniczną lub niezróżnicowaną, a także rezydualną i prostą; prowadzi często do wycofania społecznego, poczucia bezradności, bezczynności i zaniedbania. Leczenie obejmuje farmakoterapię, psychoterapię i psychoedukację.

Zaburzenia nastroju (**afektywne**) – obejmują przede wszystkim epizody: depresyjny i maniakalny oraz zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Zaburzenia wiążą się z obniżonym (depresja) lub nadmiernie wysokim (mania) nastrojem i zmianami w aktywności, jak zahamowanie i brak energii lub wzmożona energia i ekspansywność. Epizod depresyjny może się objawiać zaburzeniami snu i odżywiania, pesymizmem, niską samooceną, poczuciem winy czy myślami samobójczymi. W manii wzmożenie nastroju jest nieadekwatne do sytuacji, występują nieuzasadniony optymizm i zawyżona samoocena. Nadmierna aktywność łączy się z niekontrolowanym gadulstwem i zmniejszonym zapotrzebowaniem na sen. Zaburzenia afektywne dwubiegunowe charakteryzują się nawrotami epizodów manii i depresji. Częstość nawrotów i okresów remisji jest zmienna. Zaburzeniom z tej grupy towarzyszyć mogą

objawy psychotyczne. Przyjmują one postać od łagodnej, o mniejszym nasileniu objawów, do ciężkiej.

Zaburzenia nerwicowe – to zaburzenia lękowe, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia dysocjacyjne, zaburzenia występujące pod postacią somatyczną i inne zaburzenia nerwicowe. Zaburzenia lękowe, zwane także fobiami, to takie, w których lęk wywołują sytuacje czy przedmioty niestwarzające obiektywnego zagrożenia. Wśród nich wyróżnia się agorafobię, fobie społeczne oraz izolowane, specyficzne odmiany fobii, a także lęk paniczny (niezwiązany z konkretną sytuacją, nagły, łączący się z silnymi objawami somatycznymi). Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne charakteryzują się mimowolnymi myślami, które pojawiają się w sposób nawracający (obsesje) oraz nieużytecznymi, powtarzanymi czynnościami przymusowymi (kompulsje) o charakterze rytuałów. Reakcje na stres mogą przybrać postać zaburzenia o znacznym nasileniu i stosunkowo krótkim czasie trwania, zaburzenia stresowego pourazowego, w formie opóźnionej i przedłużonej reakcji na wydarzenie o charakterze skrajnym (katastrofa, wojna, wypadek, przestępstwo). Problem z zaadaptowaniem się do nowych okoliczności życiowych, będących wynikiem stresujących zdarzeń (osierocenie, separacja, migracja), i łączący się ze zmianami w funkcjonowaniu emocjonalnym może przybrać postać zaburzenia adaptacyjnego. Zaburzenia kolejnego typu – dysocjacyjne – mają cechę wspólną, jaką jest

> [...] częściowa lub całkowita utrata prawidłowej integracji między wspomnieniami przeszłości, poczuciem własnej tożsamości, bezpośrednimi wrażeniami i kontrolą dowolnych ruchów ciała [Pużyński, Wciórka (red.), 2000, s. 132].

Zaburzenia przyjmują między innymi formę amnezji dysocjacyjnej (utrata pamięci dotycząca bieżących, ważnych, często urazowych wydarzeń), fugi dysocjacyjnej (podobna utrata pamięci połączona z nagłą, nieuzasadnioną podróżą), osłupienia dysocjacyjnego (unieruchomienie, brak prawidłowych reakcji na bodźce związany z przyczyną w postaci konkretnych wydarzeń lub relacji), transu i

opętania (utrata orientacji w rzeczywistości oraz tożsamości własnej). Ostatnia grupa zaburzeń znajdujących się w tej kategorii to zaburzenia występujące pod postacią somatyczną, czyli charakteryzujące się odczuwaniem objawów natury fizycznej, mimo braku podstaw do ich występowania. Tu można wymienić między innymi zaburzenia hipochondryczne i uporczywe bóle psychogenne.

Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi – w tej grupie ujęto zaburzenia odżywiania się, nieorganiczne zaburzenia snu oraz dysfunkcje seksualne, a także zaburzenia psychiczne związane z połogiem, czynniki psychologiczne i behawioralne związane z chorobami oraz nadużywanie substancji niepowodujących uzależnienia. By przybliżyć kilka z nich, należy wspomnieć, że jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*) dotyczy głównie dziewcząt i młodych kobiet, charakteryzuje się zaś celowymi działaniami, które mają obniżyć wagę ciała. Żarłoczność psychiczna (*bulimia nervosa*) wiąże się z napadami obżarstwa, powodowaniem wymiotów oraz nadmierną kontrolą masy ciała. Wśród zaburzeń snu pojawiają się: bezsenność, hipersomnia, somnambulizm, lęki i koszmary senne. Dysfunkcje seksualne to brak lub utrata potrzeb seksualnych, awersja seksualna, brak reakcji genitalnej, wytrysk przedwczesny, zaburzenia orgazmu, pochwica nieorganiczna, ból w czasie stosunku, nadmierny popęd seksualny.

W dziale **zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych** znajdują się zaburzenia osobowości różnego typu oraz zaburzenia nawyków i popędów (jak piromania, kleptomania), zaburzenia tożsamości płciowej i preferencji seksualnych oraz zaburzenia związane z rozwojem i orientacją seksualną. Poniżej przytoczono opis dotyczący zaburzeń osobowości.

Do tego typu stanów zalicza się głęboko zakorzenione i utrwalone wzorce zachowań przejawiające się mało elastycznymi reakcjami na różnorodne sytuacje indywidualne i społeczne. Reprezentują one albo skrajne, albo znaczące odmienności w porównaniu z przeciętnym w danej kulturze sposobem spostrzegania, myślenia i odczuwania, a przede wszystkim – odnoszenia się do innych. Takie wzorce mają tendencję do trwałości i do obejmowania wielu

zakresów funkcjonowania psychologicznego [Pużyński, Wciórka (red.), 2000, s. 169].

Kolejne typy zaburzonych osobowości charakteryzują się konkretnymi cechami – i tak:

- osobowość paranoiczną cechuje nadmierna wrażliwość na niepowodzenia, podejrzliwość, nieumiejętność wybaczania, poszukiwanie spisków wokół;
- osobowość schizoidalna łączy się z emocjonalnym chłodem, preferencją samotnictwa i introspekcją;
- osobowość dyssocjalna prowadzi do nieliczenia się z uczuciami innych, niską tolerancją frustracji, nieodpowiedzialnością oraz ignorowaniem norm czy reguł społecznych;
- osobowość chwiejna emocjonalnie cechuje się tendencją do impulsywnych działań;
- cechami osobowości histrionicznej są płytkość i chwiejność emocjonalna z przesadnym okazywaniem uczuć;
- osobowość anankastyczna cechuje się nadmierną ostrożnością, pedanterią i perfekcjonizmem, sztywnością i uporem;
- osobowość lękliwa cechuje się poczuciem nieatrakcyjności, napięcia i niepokoju, niechęcią do wchodzenia w bliskie relacje;
- osobowość zależną cechuje pozwalanie innym ludziom na podejmowanie decyzji i przejmowanie odpowiedzialności za siebie, a nawet zachęcanie ich do tego, oraz podporządkowanie innym własnych potrzeb.

Cele, formy oddziaływania

Cele muzykoterapii skierowanej do osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi kształtowane są – podobnie jak w przypadku innych populacji – zależnie od indywidualnych potrzeb i warunków prowadzenia sesji. Potrzeby poszczególnych klientów wiążą się z zaburzeniami oraz ich symptomami, na ich podstawie wyznacza się kierunek postępowania. Dlatego też, jak wspomniano, przy planowaniu terapii bardzo istotna jest wiedza dotycząca konkretnych zaburzeń i ich objawów; co więcej – ważne, by terapeuta zdawał sobie sprawę także ze skutków ubocznych stosowanych leków i ich wpływu na zachowanie klienta.

Muzykoterapia dla tej grupy powinna być prowadzona w kontakcie z innymi osobami, które podejmą działania wspomagające funkcjonowanie chorych w ramach zespołu terapeutycznego – z lekarzami, psychoterapeutami, terapeutami zajęciowymi itd. Może uzupełniać proces psychoterapii i psychoedukacji bądź stanowić niezależną ścieżkę leczenia. Co ciekawe i dla muzykoterapeutów istotne – sami pacjenci oceniają muzykoterapię jako pomocny, a przy tym przyjemny i lubiany rodzaj terapii, często stawiając ją wyżej niż inne interwencje (Silverman, 2006).

Obszary potrzeb, w których pracują muzykoterapeuci[1], to przede wszystkim: funkcjonowanie społeczne, komunikacja, samoocena, redukcja stresu (Silverman, 2007).

H. Cesarz (2012) grupuje cele muzykoterapii, mając na uwadze kolejne obszary funkcjonowania pacjentów. Ujmuje je w następujących wymiarach:

- poznawczym (działania stymulujące myślenie, pamięć, wyobraźnię, uwagę itd.),
- emocjonalnym (działania aktywizujące bądź wyciszające, a także uświadamiające w zakresie emocji),
- społecznym (działania skierowane na poprawę komunikacji i interakcję),

- motywacyjnym (działania pobudzające motywację w odpowiednich kierunkach),
- psychomotorycznym (działania, które wspomagają koordynację, orientację i ekspresję w ruchu, w przestrzeni).

B.J. Crowe (2007b), wymieniając cele często obierane w pracy z tą grupą, wspomina między innymi:

- wspomaganie uwagi i koncentrację na zadaniu,
- wspomaganie samoświadomości i pozytywnej samooceny,
- poprawę orientacji w rzeczywistości (rozpoznawanie, reagowanie na bodźce zewnętrzne),
- eliminację niepożądanych zachowań i wzmacnianie zachowań właściwych,
- ćwiczenie nowych wzorców zachowań,
- wspomaganie komunikacji werbalnej i niewerbalnej,
- wspomaganie świadomości emocji i ich ekspresji,
- rozwijanie umiejętności społecznych,
- rozwijanie wglądu i uświadamianie nieświadomych treści,
- poprawianie relacji międzyludzkich,
- obniżanie napięcia, relaksację, naukę reagowania na stres i niepokój.

Dobór technik i konkretnych aktywności zależy od typu zaburzenia oraz etapu leczenia. Istotny jest także format prowadzonych sesji – czy są to spotkania indywidualne czy grupowe. Ważny jest wreszcie szerszy kontekst: czy leczenie jest długo- czy krótkoterminowe, czy mamy do czynienia z pierwszym epizodem chorobowym czy jest to już nawrót, jak funkcjonuje placówka, w której odbywa się terapia.

Odwołując się do scharakteryzowanej wcześniej klasyfikacji B. Wheeler (2010), typy działań można podzielić zgodnie z przedstawionymi przez nią kategoriami, jednocześnie odnosząc je do wybranych zaburzeń. Podział zaproponowany przez B.J. Crowe i R. Justice (2007) przedstawiono poniżej.

Na poziomie pierwszym – muzykoterapii w formie terapii aktywnej – mieszczą się formy ćwiczeń, które są odpowiednie dla

osób z psychozą lub będących w aktywnej fazie manii. Aktywność, na której się opierają, a która wymaga koncentracji na przewidzianych przez terapeutę czynnościach, oraz konkretne instrukcje wspomagają utrzymanie uwagi klientów na zadaniach i ograniczają myśli urojeniowe czy halucynacje.

Ćwiczenia, które mieszczą się w tej kategorii, to na przykład:

- nauka gry na instrumentach;
- opracowywanie i ćwiczenie gotowych utworów;
- stworzenie zespołu muzycznego i praca nad jego repertuarem;
- ruch przy muzyce, z wysokim stopniem organizacji;
- śpiewanie grupowe;
- ćwiczenia rytmiczne: krąg bębniarski (wspólna gra oparta na stałym pulsie);
- relaksacja przy muzyce, z treningiem autogennym lub progresywną relaksacją.

Kolejny poziom to muzykoterapia wglądowa o celach reedukacyjnych. Ważnym elementem w tym przypadku jest – obok muzyki – podstawowa umiejętność i chęć werbalizacji, prowadzenia rozmowy. Wśród proponowanych działań można wymienić:

- wspólny śpiew piosenek;
- rozmowę o ich treści;
- tworzenie piosenki;
- dowolny ruch przy muzyce;
- ilustrowanie muzyką wiersza lub prozy;
- kierowane wyobrażenia przy muzyce;
- rysowanie przy muzyce;
- ustrukturyzowaną grę na instrumentach do nagrań bądź do stałej, przewidywalnej improwizacji terapeuty (grupowo z przydzielonymi rytmami, kolejno solo, na zasadzie imitacji rytmu terapeuty);
- improwizację referencjalną.

Na poziomie najgłębszym – muzykoterapii wglądowej o celach rekonstrukcyjnych – sugeruje się stosowanie takich aktywności, jak:

- improwizacja instrumentalna i wokalna, połączona z rozmową;
- praca z głosem;
- wolne skojarzenia ze śpiewem (klient inicjuje, terapeuta powtarza, odzwierciedla treści przekazane przez klienta, potem stara się mu empatycznie towarzyszyć i wzbogacać, interpretować je);
- techniki wyobrażeniowe.

Świetnym źródłem pomysłów na aktywności dla osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi jest swoista taksonomia programów i technik muzykoterapeutycznych autorstwa B. Houghton, M. Scovel, R. Smeltekop, M. Thaut, R. Unkefer i B. Wilson (2005). W rozdziale książki *Music Therapy in the Treatment of Adults with Mental Disorders* (2005) zatytułowanym *Taxonomy of Clinical Music Therapy Programs and Techniques* przedstawili następującą klasyfikację:

Program I – wykonawstwo muzyczne

Techniki:

1. Zorientowane na proces – grupowa improwizacja instrumentalna, grupowe śpiewanie, indywidualna muzyczna improwizacja/interakcja.
2. Zorientowane na produkt – zespół instrumentalny, zespół wokalny, indywidualne lekcje gry na instrumencie lub śpiewu.

Program II – psychoterapia muzyczna

Techniki: terapia wspierająca, interaktywna, katalizująca (w formie grupowej lub indywidualnej).

Program III – muzyka i ruch

Techniki: eksploracja ruchowa, interakcja ruchowa, ruch ekspresyjny, taniec, muzyka i ćwiczenia fizyczne.

Program IV – muzyka i inne działania przez sztukę

Techniki stosujące muzykę i sztuki wizualne, literaturę, teatr.

Program V – rekreacja muzyczna

Techniki: gry muzyczne, edukacja muzyczna, rekreacyjne występy, wykształcanie umiejętności gospodarowania czasem wolnym.

Program VI – muzyka i relaksacja

Techniki: różne typy relaksacji przy muzyce oraz działania muzyczno-wyobrażeniowe.

Wspomniani autorzy przedstawili następnie opis każdej z wymienionych powyżej technik i wreszcie sformułowali konkretne zalecenia dla muzykoterapeutów, będące rezultatem cech klinicznych, zachowań oraz potrzeb klienta. Skonstruowane przez nich tabele zawierają zestawienia diagnozy, symptomów, charakterystycznych zachowań, potrzeb i interwencji terapeutycznych wraz z odwołaniem do danego programu i techniki (przykład: diagnoza – schizofrenia; symptom – myślenie urojeniowe; zachowanie – wyrażanie myśli urojeniowych; potrzeby – umożliwienie testowania rzeczywistości; interwencja muzykoterapeutyczna – przyjemne, bezpieczne działania wspierające orientację w rzeczywistości na poziomie werbalnym i niewerbalnym; program – wykonawstwo muzyczne; techniki – grupowa improwizacja instrumentalna, śpiewanie grupowe). Materiał ten jest nieocenioną pomocą w planowaniu efektywnych działań, profesjonalny muzykoterapeuta powinien zdecydowanie poznać go w całości.

Praktycznym źródłem informacji na temat form muzykoterapii stosowanych w polskiej psychiatrii są teksty H. Cesarz (2012) i K. Kukiełczyńskiej-Krawczyk (2012), dostępne w *Podstawach muzykoterapii* (pod redakcją K. Stachyry). Autorki przedstawiają zarówno wybrane techniki, jak i fazy procesu terapeutycznego.

Najbardziej szczegółowo opisanym w polskojęzycznej literaturze modelem, skonstruowanym z myślą o osobach dorosłych z zaburzeniami psychicznymi jest wspomniany już Portret Muzyczny. Dobrym źródłem informacji na ten temat jest rozdział autorstwa twórczyni modelu, E. Galińskiej, dostępny w publikacji *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii* pod redakcją K. Stachyry.

Stan badań

Piśmiennictwo dotyczące praktyki i teorii muzykoterapii w zaburzeniach psychicznych jest stosunkowo szerokie (choć stwierdzenie to nie dotyczy wszystkich zaburzeń). Dostępne są zarówno całościowe opracowania (Crowe, Colwell, 2007; Unkefer, Thaut, 2005; Cassity, Cassity, 1998), jak i artykuły dotyczące zastosowania poszczególnych technik czy przedstawiające wybrane przypadki. Na ich podstawie można uznać, że muzykoterapia skierowana do osób ze schizofrenią:

- poprawia ogólny stan oraz funkcjonowanie pacjenta (Gold, Heldal, Dahle, Wigram, 2005);
- przyczynia się do zmniejszenia izolacji społecznej i zwiększa zainteresowanie chorych zdarzeniami zewnętrznymi, może także obniżyć występowanie objawów (Tang, Yao, Zheng, 1994; Silverman, 2003b);
- wspomaga komunikację i zmniejsza wycofanie (Pavlicevic, Trevarthen, Duncan, 1994);
- wybrane techniki (jak pisanie piosenek o treściach psychoedukacyjnych) mają potencjalny wpływ na jakość życia i poziom depresji (Silverman, 2013).

Muzykoterapia poprawia stan osób z depresją (Erkkilä, Punkanen, Fachner,
Ala-Ruona, Pöntiö, Tervaniemi, Vanhala, Gold, 2011), zmniejsza nasilenie objawów ostrego zaburzenia stresu pourazowego (Carr, d'Ardenne, Sloboda, Scott, Wang, Priebe, 2012), może stanowić ważny element w leczeniu zaburzeń odżywiania (Bauer, 2010; Justice, 1994; Trondalen, 2005).

Biorąc pod uwagę zestawienie istniejących badań oraz doniesienia dotyczące praktyki klinicznej, wydaje się, że muzykoterapia w przypadku osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi jest metodą leczenia wymagającą dalszego zgłębiania,

mającą jednak duży potencjał, który zdecydowanie warto wykorzystać.

---

[1]Badanie przeprowadzono na muzykoterapeutach amerykańskich.

Muzykoterapia osób starszych

Osoby starsze, dla których muzykoterapia może się okazać interesującym wypełnieniem czasu i potencjalnie efektywną formą terapii, to zarówno zdrowi seniorzy, jak i osoby zmagające się z otępieniem (demencją). Generalizując, można stwierdzić, że działania muzykoterapeutyczne skierowane do tej populacji przyczyniają się do poprawy jakości życia. Potrzeby każdej z tych grup są jednak zupełnie inne, zatem także muzykoterapeutyczne interwencje będą się różnić. Zostaną wobec tego omówione w osobnych podrozdziałach.

Muzykoterapia zdrowych seniorów

Wprowadzenie

Zaawansowany wiek niesie ze sobą szereg zmian w codziennym funkcjonowaniu. Obniżone możliwości fizyczne, dolegliwości bólowe, ograniczenie pracy zawodowej lub rezygnacja z niej, przemiany w życiu rodzinnym – to tylko niektóre z nich. Czas późnej dorosłości i starości bywa niestety etapem osamotnienia, zagubienia, utraty poczucia własnej wartości. Może jednak cechować się poczuciem spełnienia, wiązać się z realizacją celów wcześniej nieosiągalnych (np. ze względu na brak czasu) czy z rozwijaniem zainteresowań. Aby ten okres życia przybrał pozytywniejsze barwy, organizuje się różnorodne zajęcia (w domach kultury, fundacjach, organizacjach przykościelnych i społecznościowych) skierowane do seniorów, aktywizujące tę grupę na wiele sposobów. Ich celem jest zwiększanie ogólnego dobrostanu (*wellness*). Coraz większą wagę przywiązuje się także do idei „uczenia się przez całe życie" (*life-long learning*).

Muzyka jest często ważnym elementem życia osób starszych. Pełni różne role; służy rekreacji, edukacji, terapii, jest istotna dla funkcjonowania emocjonalnego, społecznego i duchowego. Muzykoterapia jest zatem doskonałym narzędziem do działań w takich okolicznościach. Może być stosowana w celu stymulacji procesów poznawczych, umożliwia ekspresję emocjonalną, przyczynia się do zmniejszenia izolacji i jest doskonałym miejscem rozwijania kompetencji społecznych, towarzyskich, ma wreszcie walor rekreacyjny i edukacyjny, a także znakomicie motywuje do ćwiczeń fizycznych, wspomagających utrzymywanie kondycji.

Cele, formy oddziaływania

Wydaje się, że w przypadku dobrze funkcjonujących osób starszych muzykoterapia prowadzona w formie grupowej jest lepszym rozwiązaniem niż muzykoterapia indywidualna. Jednak, podobnie jak w pracy z innymi populacjami, wybór formatu sesji powinien być podyktowany potrzebami konkretnych klientów. Jeżeli głównym celem muzykoterapii mają być poprawa jakości życia i zapobieganie ewentualnej izolacji społecznej, praca grupowa spełni doskonale swoją rolę; jeśli klient oczekuje wnikliwszej eksploracji problemów, bardziej psychoterapeutycznego nastawienia, a nie szerszego kontekstu społecznej interakcji, sesje indywidualne będą bardziej uzasadnione.

Cele muzykoterapii skierowanej do seniorów mogą być następujące:

- stymulacja procesów poznawczych: pamięci, myślenia, uwagi;
- stymulacja wspomnień, reminiscencji;
- umożliwienie ekspresji emocjonalnej, poprawa/stabilizacja nastroju;
- zapobieganie depresji;
- stymulowanie wyobraźni, kreatywności, spontanicznej ekspresji twórczej;
- wspomaganie ćwiczeń fizycznych;
- budowanie relacji w grupie;
- rozwijanie zainteresowań;
- zwiększanie poczucia własnej wartości;
- umożliwianie komunikacji werbalnej i niewerbalnej;
- umożliwienie przyjemnego spędzania czasu wolnego;
- obniżenie poziomu stresu, relaksacja, poprawa jakości snu.

Zdrowi seniorzy to wspaniała grupa dla działań muzykoterapeutycznych; poziom funkcjonowania poznawczego oraz obecny zazwyczaj zapał i entuzjazm dają muzykoterapeucie szerokie możliwości – śpiew, gra na instrumentach, tworzenie piosenek, ruch pozwalają na realizację wielu celów i jednocześnie są bardzo dobrze przyjmowane.

Wśród działań muzykoterapeutycznych skierowanych do seniorów szczególne miejsce zajmuje śpiew. Z reguły osoby starsze bardzo chętnie angażują się w ćwiczenia wokalne, wykonywanie piosenek i pieśni, szczególnie – choć nie tylko – z repertuaru kojarzonego z młodością. Wydaje się, że budowanie sesji wokół piosenek właśnie sprawdza się w praktyce terapeutycznej bardzo dobrze. Oprócz wykonywania utworów ich przywołanie – także przez odtworzenie nagrania lub wykonanie solowe terapeuty – często prowadzi do rozmów o terapeutycznym charakterze. Uruchamia się proces reminiscencji, na podstawie wspomnień rozwijają się interesujące dyskusje. Obok indywidualnych skojarzeń klientów dobrym tematem do rozmowy są teksty piosenek. Na ich podstawie można zaplanować rozmowę konkretnie ukierunkowaną na dany problem lub spontaniczną, swobodną wymianę poglądów i opinii.

Bardzo istotny jest zatem odpowiedni dobór repertuaru. Znów – biorąc pod uwagę funkcjonowanie grupy oraz cel działań – można za pomocą konkretnych piosenek kontrolować przebieg sesji i umożliwiać realizację pozamuzycznych celów. Utwory z repertuaru biesiadnego nadają się do wspólnego śpiewania i muzykowania na instrumentach, łatwo jest na żywo, na bieżąco aranżować je i przekształcać. Pieśni patriotyczne, powstańcze i religijne często są dobrze przyjmowane przez grupy, tworzą szczególną atmosferę, pozwalają na zadumę i prowokują pogłębione, intymne rozmowy na tematy egzystencjalne. W grupach otwartych na nowość można wprowadzać piosenki bardziej współczesne, budując na ich podstawie relacje z młodszymi generacjami. Samo słuchanie piosenek, niekoniecznie z aktywnym wokalnym udziałem grupy, może odegrać podobną rolę.

Pisanie piosenek to również technika o dużym potencjale w pracy z seniorami. Proces tworzenia stymuluje sferę poznawczą i emocjonalną, bycie autorem „dzieła” prowadzi do satysfakcji i wzrostu poczucia własnej wartości. Wspólna piosenka – zarówno w fazie powstawania, jak i w momencie ukończenia – może doskonale integrować grupę. Dzięki elastyczności techniki da się realizować utwór w bardzo różnych formach: tekst może dotyczyć zadanego tematu, może powstać bez wcześniejszych założeń, jak również

stanowić parafrazę istniejących słów piosenki czy wiersza. Można wykorzystać melodię dobrze znaną grupie lub stworzyć oryginalne opracowanie muzyczne. Tworzenie piosenki jest pomysłem nie na jedno spotkanie, lecz na cały ich cykl. Jego uwieńczenie stanowić może zinstrumentowanie utworu i wspólne wykonanie, publiczne lub nie. Takie działanie przynosi grupom seniorów wiele radości.

Uczenie się i wykonywanie gotowych kompozycji to kolejna aktywność warta rozważenia. Stworzenie zespołu muzycznego może świetnie realizować terapeutyczne cele, takie jak integracja społeczna, budowanie poczucia własnej wartości, rozwijanie zainteresowań, zapobieganie depresji. Zespół może być jednorodny (flety proste, dzwonki, chór) lub zróżnicowany pod względem obsady instrumentalnej. Praca może przybrać formę prób przygotowujących do koncertu. Przy takim wyborze muzykoterapeuta powinien mieć umiejętność tworzenia prostych aranżacji i prowadzenia zespołu; istnieją oczywiście gotowe materiały, nie ma ich jednak wiele, a te, które są dostępne, często wymagają adaptacji do potrzeb grup.

Ruch przy muzyce musi być dobrze zaplanowany. Z oczywistych przyczyn działania wymagające dużej zwinności i wytrzymałości nie mają zastosowania w przypadku większości grup seniorów. Jednak odpowiednio dobrane formy taneczne czy trening fizyczny przy muzyce mogą stanowić istotny element muzykoterapii. Najlepiej, jeśli ćwiczenia ruchowe zostaną skonsultowane ze specjalistą w tej dziedzinie.

Oprócz wymienionych działań, należących przede wszystkim do grupy aktywnych, warto w programie terapii ująć słuchanie muzyki. Osoby starsze często są otwarte na dzieła klasyczne, szczególnie gdy ich słuchanie wzbogaci się sugestią wizualizacyjną. Obok rezultatów terapeutycznych można wtedy proponować treści edukacyjne, ciekawostki, informacje dotyczące życia kompozytorów czy powiedzieć o okolicznościach powstawania utworów. Jeśli grupa jest zainteresowana taką tematyką, sympatycznym urozmaiceniem zajęć mogą się stać zaproszeni muzycy wykonujący recitale lub wspólne wyjścia do miejscowych instytucji kultury i uczestniczenie w życiu muzycznym regionu.

Stan badań

Z dostępnych badań wynika, że sami seniorzy wysoko oceniają aktywność muzyczną w kontekście ogólnej jakości życia (Coffman, Adamek, 1999; Coffman, 2002). Badania w tym obszarze wykazały między innymi, że w odniesieniu do zdrowych seniorów:

- ćwiczenia fizyczne przy muzyce prowadzą do poprawy funkcji ruchowych (Hamburg, Clair, 2003, 2008; Johnson, Otto, Clair, 2001);
- nauka gry na instrumentach wspomaga funkcjonowanie poznawcze, szczególnie pamięć oraz funkcje wykonawcze (Bugos, Perlstein, McCrae, Brophy, Bedenbaugh, 2007);
- uczestnictwo w psychoedukacyjnych zajęciach muzykoterapeutycznych poprawia nastrój i samoocenę, obniżając poziom lęku (Hanser, Thompson, 1994);
- słuchanie muzyki poprawia jakość snu (Johnson, 2003);
- słuchanie preferowanej muzyki podnosi poziom energii i obniża napięcie (Hirokawa, 2004);
- pisanie i wykonywanie piosenek przyczynia się do większego zaangażowania społecznego i emocjonalnego (Baker, Ballantyne, 2013).

Muzykoterapia w otępieniu

Wprowadzenie

Otępienie, demencja, może się pojawić u osób starszych z różnych przyczyn, nie jest jednak naturalnym procesem związanym ze starzeniem się. Występuje w chorobach neurodegeneracyjnych, jak choroba Alzheimera, Parkinsona, Huntingtona, Creutzfeldta-Jacoba, w różnym nasileniu na kolejnych etapach. Ma charakter progresywny, postępujący. Obniżona sprawność intelektualna jest wtedy rezultatem uszkodzeń powstających w mózgu. Objawy dotyczą początkowo funkcji poznawczych, przede wszystkim pamięci, później także sfery emocji i motywacji. Wpływają destrukcyjnie na funkcjonowanie i jakość życia samego pacjenta, a także – ponieważ silnie utrudniają kontakt z otoczeniem – odciskają piętno na jego bliskich i opiekunach. Muzykoterapia może odegrać pozytywną rolę w podtrzymywaniu zachowanych funkcji i zwalnianiu postępu symptomów choroby, a także w kształtowaniu relacji między chorym a jego najbliższym środowiskiem. Umożliwia specyficzny rodzaj interakcji (wspólny śpiew, taniec, gra na instrumentach), tworzy bezpieczną atmosferę i odwołuje się do niezaburzonych czynności mózgu.

Według ICD-10:

> Otępienie jest zespołem spowodowanym chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są takie wyższe funkcje korowe, jak: pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, język i ocena. Świadomość nie jest zaburzona. Uszkodzeniu funkcji poznawczych towarzyszy zwykle, a czasami je poprzedza, obniżenie kontroli nad reakcjami emocjonalnymi, społecznymi, zachowaniem i motywacją [Pużyński, Wciórka (red.), 2000, s. 51].

DSM IV charakteryzuje otępienie jako

[...] powstanie wielorakich deficytów poznawczych przejawiane jednocześnie upośledzeniem pamięci [...], jednym (lub więcej) z następujących zakłóceń poznawczych:

- afazja (zaburzenia językowe),
- apraksja (zaburzenia możliwości wykonywania czynności ruchowych mimo zachowanych funkcji motorycznych),
- agnozja (nierozpoznawanie lub nieidentyfikowanie przedmiotów mimo zachowanych czynności zmysłowych),
- zaburzenia funkcji wykonawczych (tj. planowania, organizowania, ustalania kolejności, uogólniania) [Wciórka (red.), 2008, s. 67].

Cele, formy oddziaływania

Cele oddziaływań muzykoterapeutycznych przeznaczonych dla osób w podeszłym wieku cierpiących na otępienie można podzielić na kilka grup, związanych z zaburzonymi obszarami funkcjonowania. Są to: sfera poznawcza, pobudzenie i emocje, funkcjonowanie społeczne. W grupie pierwszej znajdą się:

- stymulowanie/podtrzymywanie funkcji pamięci;
- ćwiczenie koncentracji uwagi;
- pobudzanie wspomnień, reminiscencje;
- poprawa orientacji;
- stymulowanie komunikacji werbalnej i niewerbalnej.

W grupie drugiej:

- wzrost aktywności;
- relaksacja, uspokojenie, wyciszenie;
- ekspresja emocjonalna;
- obniżenie poziomu lęku.

Cele dotyczące funkcjonowania społecznego to na przykład:

- utrzymywanie relacji,
- socjalizacja.

Rodzaj aktywności stosowanych w muzykoterapii zależy od poziomu funkcjonowania chorego. Jak wspomniano, otępienie ma charakter postępujący, zatem reakcja osoby w początkowym

stadium choroby będzie inna niż u pacjenta w stadium zaawansowanym. Wydaje się, że większość wymienionych celów można realizować łącznie przy ćwiczeniach mających w centrum piosenki. Śpiewanie lub odtwarzanie utworów z okresu młodości chorych może się wiązać z rozmową na tematy wywołane tematyką czy kontekstem utworu. Dzięki nawiązaniom do wydarzeń z życia osobistego pacjentów, które łączyły się z wybranymi piosenkami czy gatunkami, zostaje pobudzona pamięć, powracają wspomnienia. Wspólny śpiew lub gra na instrumentach mogą pomóc w utrzymaniu relacji z bliskimi, stymulują kontakt i interakcje. Dlatego też dobrym pomysłem jest przeprowadzanie sesji muzykoterapeutycznych w obecności nie tylko chorego, lecz także jego opiekunów. Spędzanie czasu z chorym i opieka nad nim mogą prowadzić do frustracji, depresji. Często opiekunem jest osoba najbliższa, której trudno pogodzić się z pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta, jego agresją, lękiem, brakiem docenienia, a często także niepamięcią z jego strony. Zajęcia muzyczne mogą stanowić nową jakość w relacjach między chorym i opiekunem, przynosząc nieco pozytywnych emocji, odwołując się do dobrych zdarzeń z przeszłości, stanowiąc potencjalne źródło siły.

W zaawansowanym stadium otępienia kontakt z pacjentem jest często bardzo utrudniony. Przy działaniach mających na celu relaksację i obniżenie niepokoju chorego istotną rolę odgrywa zasada ISO. Muzykoterapeuta dopasowuje grę do wskaźników fizjologicznych, przede wszystkim zrównując tempo gry z tempem oddechu klienta (zapewne – jeśli pacjent znajduje się w stanie pobudzenia i niepokoju – jest on przyspieszony), a następnie powoli i stopniowo zwalnia, „pociągając za sobą” chorego, aż do osiągnięcia odpowiedniego stanu (często, na skutek odprężenia, pacjent spokojnie zasypia).

Obok działań aktywnych także samo słuchanie muzyki może się przyczynić do uspokojenia pacjentów oraz wpłynąć na ich zachowania.

Stan badań

Zastosowania muzykoterapii we wsparciu osób zmagających się z demencją są dobrze udokumentowane. Systematyczny przegląd literatury sugeruje, że muzykoterapia może być efektywnym oddziaływaniem skierowanym do osób z demencją (Koger, Chapin, Brotons, 1999). Liczne badania nie tylko wskazują na ogólnie pozytywne strony tej formy terapii, lecz także w bardzo specyficzny sposób ujawniają potencjał muzykoterapii w kontekście wybranych aspektów i symptomów otępienia, zarówno w odniesieniu do bieżących sytuacji, jak i w dłuższej perspektywie.

T. Takahashi i H. Matsushita (2006) przeprowadzili trwający dwa lata eksperyment, porównując wskaźniki fizjologiczne i dokonując pomiaru inteligencji osób z demencją uczestniczących w cotygodniowych sesjach muzykoterapeutycznych i objętych standardową opieką. Wyniki wykazały niższy poziom ciśnienia krwi (pożądany w opisanych warunkach klinicznych) i mniejszy regres w zakresie inteligencji w grupie muzykoterapeutycznej.

Obszarem często poddawanym badaniom jest stanowiące podstawowy problem w demencji funkcjonowanie poznawcze. R. Bruer, E. Spitznagel i C.R. Cloninger (2007) zbadali, czy muzykoterapia może mieć wpływ na ten właśnie obszar oraz jak trwałe są ewentualne rezultaty. Porównano wyniki testu psychologicznego (Mini Mental State Exam) w grupie muzykoterapeutycznej z grupą kontrolną, której zaproponowano w tym samym czasie oglądanie filmów. W wyniku badania stwierdzono, że sesje muzykoterapeutyczne przyczyniły się do poprawy funkcjonowania poznawczego grupy, w której zastosowano muzykoterapię w krótkim dystansie czasowym (następnego ranka), lecz po tygodniu nie było już różnicy pomiędzy grupami.

Inne badania sugerują, że element muzyczny włączany w ćwiczenia pamięci, języka i mowy stanowi okoliczność sprzyjającą (Brotons i Koger, 2000; Carruth, 1997). M. Brotons i S. Koger (2000) porównali rezultaty muzykoterapii i werbalnej reminiscencji,

wykazując, że w przypadku obecności elementu muzycznego poziom spontanicznych wypowiedzi był znacząco wyższy.

N. Ziv, A. Granot, S. Hai, A. Dassa, I. Haimov (2007) w centrum zainteresowania umieścili wpływ muzyki odtwarzanej w tle codziennych sytuacji na zachowania osób z chorobą Alzheimera. Grupę pacjentów obserwowano w tych samych okolicznościach z towarzyszącą muzyką (pogodne, popularne piosenki z okresu młodości badanych) i bez niej. Przy muzyce liczba pozytywnych, pożądanych zachowań była wyższa, a negatywnych, destrukcyjnych – niższa.

Interesujące, szczególnie w perspektywie praktycznej, wydaje się badanie A. Cevasco i R. Granta (2006). Dokonali oni porównania skuteczności aktywności muzykoterapeutycznych z użyciem różnych instrumentów. Wyniki sugerują, że wybór instrumentu w pracy z osobami z demencją nie jest obojętny – w grupie badanej najlepsze rezultaty w odtwarzaniu rytmów osiągano, gdy najpierw były prezentowane na djembe lub innym bębnie (gorzej w przypadku marakasów i klawesów); największe zaangażowanie osiągnięto przy śpiewie a cappella.

W obszarze emocji badania sugerują następujące możliwości oddziaływań muzykoterapeutycznych w opisywanej grupie:

- obniżanie poziomu stresu i niepokoju (Mohammadi, Shahabi, Panah, 2011),
- ograniczanie symptomów depresji (Ashida, 2000).

Bibliografia

Albornoz, Y. (2011). *The effects of group improvisational music therapy on depression in adolescents and adults with substance abuse: a randomized controlled trial*. Nordic Journal of Music Therapy, 20(3), s. 208–224.

Alvin, J. (1992). *Music therapy for the autistic child*. Oxford – New York: Oxford University Press.

Amir, D. (2004). *Giving trauma a voice: the role of improvisational music therapy in exposing, dealing with and healing a traumatic experience of sexual abuse*. Music Therapy Perspectives, 22(2), s. 96–103.

Amir, D., Yair, M. (2008). *When the piano talks: finding meaning in piano improvisations created by three children at risk who live in residential care*. Qualitative Inquiries in Music Therapy: A Monograph Series, 4. Barcelona Publishers, s. 113–166.

Ansdell, G. (2010). *Where performing helps: process and affordances of performance in community music therapy*. W: B. Stige, G. Ansdell, C. Elefant, M. Pavlicevic (red.). *When music helps: community music therapy in action and reflection* (s. 161–187). Aldershot: Ashgate Publishers.

Ansdell, G., Meehan, J. (2010). *„Some light at the end of the tunnel": Exploring users' evidence for the effectiveness of music therapy in adult mental health settings*. Music and Medicine, 2(29), s. 29–40.

Ashida, S. (2000). *The effect of reminiscence music therapy sessions on changes in depressive symptoms in elderly persons with dementia*. Journal of Music Therapy, 37(3), s. 170–182.

Baker, F., Ballantyne, J. (2013). *„You've got to accentuate the positive": Group songwriting to promote a life of enjoyment, engagement and meaning in aging Australians*. Nordic Journal of Music Therapy, 22(1), s. 7–24.

Baker, F., Bor, W. (2008). *Can music preference indicate mental health status in young people?* Australian Psychiatry, 16(4), s. 284–288.

Baker, F.A., Gleadhill, L.M., Dingle, G.A. (2007). *Music therapy and emotional exploration: Exposing substance abuse clients to the experiences of non-drug-induced emotions*. The Arts in Psychotherapy, 34, s. 321–330.

Blake, R. (1994). *The Bonny Method of Guided Imagery and Music (GIM) in the treatment of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) with adults in the psychiatric setting*. Music Therapy Perspectives, 2, s. 125–129.

Briggs, C. (1991). *A model of understanding musical development*. Music Therapy, 10(1), s. 1–21.

Brooks, D. (1989). *Music therapy enhances treatment with adolescents*. Music Therapy Perspectives, 6, s. 37–39.
Brotons, M., Koger, S. (2000). *The impact of music therapy on language functioning in dementia*. Journal of Music Therapy, 37(3), s. 183–195.
Bruer, R., Spitznagel, E., Cloninger, C.R. (2007). *The temporal limits of cognitive change from music therapy in elderly persons with dementia or dementia-like cognitive impairment: A randomized controlled trial*. Journal of Music Therapy, 44(4), s. 308–328.
Bruscia, K. (1987). *Improvisational models of music therapy.* Springfield, IL: Charles C. Thomas Publishers.
Bruscia, K. (1988). *A survey of treatment procedures in improvisational music therapy*. Psychology of Music, 16, s. 1–24.
Bruscia, K. (1998). *Defining music therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.
Bruscia, K. (2001). *A qualitative approach to analyzing client improvisations*. Music Therapy Perspectives, 19(1), s. 7–21.
Bugos, J., Perlstein, W., McCrae, C., Brophy, T., Bedenbaugh, P. (2007). *Individualized piano instruction enhances executive functioning and working memory in older adults*. Aging and Mental Health, 11(4), s. 464–471.
Bunt, L. (1999). *Music therapy – an art beyond words*. London: Routledge.
Carr, C., d'Ardenne, P., Sloboda, A., Scott, C., Wang, D., Priebe, S. (2012). *Group music therapy for patients with persistent post-traumatic stress disorder – an exploratory randomized controlled trial with mixed methods evaluation*. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 85(2), s. 179–202.
Carruth, E. (1997). *The effects of singing and the spaced retrieval technique on improving face-name recognition in nursing home residents with memory loss*. Journal of Music Therapy, 34(3), s. 165–186.
Carson, R.C., Butcher, J.N., Mineka, S. (2003). *Psychologia zaburzeń*. Gdańsk: GWP.
Cassity, M., Cassity, J. (1998). *Multimodal psychiatric music therapy for adults, adolescents, and children: A clinical manual*. Londyn – Filadelfia: Jessica Kingsley Publishers.
Castillo-Perez, S., Gomez-Perez, V., Calvillo, M., Perez-Campos, E., Mayoral, M. (2010). *Effects of music therapy on depression compared with psychotherapy*. The Arts in Psychotherapy, 37, s. 387–390.
Cesarz, H. (1988). *Stosunek do muzyki młodzieży chorej na schizofrenię*. Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej im. K. Lipińskiego we Wrocławiu, 45, s. 127–134.
Cesarz, H. (2003a). *Muzykoterapeuta dźwiękiem mówiący, czyli kilka refleksji na temat komunikacji za pomocą instrumentu*. Muzykoterapia Polska, 2(6), s. 7–12.
Cesarz, H. (2003b). *O muzyce i muzykoterapii*. Muzykoterapia Polska, 1(5), s. 7–13.

Cesarz, H. (2012). *Wybrane metody i techniki muzykoterapii w pracy z osobami zaburzonymi psychicznie*. W: K. Stachyra (red.). *Podstawy muzykoterapii* (s. 185–202). Lublin: UMCS.
Cevasco, A., Grant, R. (2006). *Value of musical instruments used by the therapist to elicit responses from individuals in various stages of Alzheimer's disease*. Journal of Music Therapy, 43(3), s. 226–246.
Chase, K. (2002). *The music therapy assessment handbook*. Columbia: Southern Pen.
Clark, I., Harding, K. (2012). *Psychosocial outcomes of active singing interventions for therapeutic purposes: a systematic review of the literature*. Nordic Journal of Music Therapy, 21(1), s. 80–98.
Codding, P. (2002). *Comprehensive survey of music therapists practicing in correctional psychiatry: demographics, conditions of employment, service provision, assessment, therapeutic objectives, and related values of the therapist*. Music Therapy Perspectives, 20(2), s. 56–68.
Coffman, D., Adamek, M. (1999). *The contributions of wind band participation to quality of life of senior adults*. Music Therapy Perspectives, 17(1), s. 27–31.
Coffman, J. (2002). *Music and quality of life in older adults*. Psychomusicology, 18, s. 76–88.
Cordobes, T. (1997). *Group songwriting as a method for developing group cohesion for HIV-seropositive adult patients with depression*. Journal of Music Therapy, 34(1), s. 46–67.
Crowe, B.J. (2007a). *Diagnostic categories for children and adolescents with mental disorders classified as emotionally/behaviorally disturbed*. W: B.J. Crowe, C. Colwell (red.). *Music therapy for children, adolescents, and adults with mental disorders. Using music to maximize mental health* (s. 201–205). Silver Spring: American Music Therapy Association.
Crowe, B.J. (2007b). *Music therapy for adolescents with emotional/behavioral disturbances*. W: B.J. Crowe, C. Colwell (red.). *Music therapy for children, adolescents, and adults with mental disorders. Using music to maximize mental health* (s. 224–230). Silver Spring: American Music Therapy Association.
Crowe, B.J., Colwell, C. (red.). (2007). *Music therapy for children, adolescents, and adults with mental disorders. Using music to maximize mental health*. Silver Spring: American Music Therapy Association.
Crowe, B.J., Justice, R. (2007). *Music therapy interventions for individuals with mental disorders: an overview*. W: B.J. Crowe, C. Colwell (red.). *Music therapy for children, adolescents, and adults with mental disorders. Using music to maximize mental health* (s. 27–40). Silver Spring: American Music Therapy Association.
Cudak, H. (1998). *Funkcjonowanie rodziny a nieprzystosowanie społeczne dzieci i młodzieży*. Kielce: WSP.
Davis, E. (2005). *You ask me why I'm singing: Song creating with children and parents in child and family psychiatry*. W: M. Heal, T. Wigram (red.),

Songwriting. Methods, techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students (s. 45–56). London: Jessica Kingsley Publishers.
De Backer, J. (1993). *Containment in music therapy*. W: M. Heal, T. Wigram (red.). *Music Therapy in Health and Education* (s. 32–39). London: Jessica Kinglsey.
Deković, M., Janssens, J., Van As, N. (2003). *Family predictors of antisocial behavior in adolescents*. Family Process, 42(2), s. 223–235.
Derrington, P. (2005). *Teenagers and songwriting: Supporting in a mainstream secondary school*. W: M. Heal, T. Wigram (red.). *Songwriting. Methods, techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students* (s. 68–81). London: Jessica Kingsley Publishers.
Doak, B.A. (2003). *Relationship between adolescent psychiatric diagnoses, music preferences, and drug preferences*. Music Therapy Perspectives, 21(2), s. 69–76.
Dobrzyńska, E., Cesarz, H., Rymaszewska, J., Kiejna, A. (2006). *Muzykoterapia. Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 2(6), s. 84–88.
Edgerton, C. (1990). *Creative group songwriting*. Music Therapy Perspectives, 8, s. 15–19.
Encyklopedia popularna PWN. (1991). Warszawa: WN PWN.
Erkkilä, J., Punkanen, M., Fachner, J., Ala-Ruona, E., Pöntiö, I., Tervaniemi, M., Vanhala, M., Gold, C. (2011). *Individual music therapy for depression: randomized controlled trial. British Journal of Psychiatry*, 199(2), s. 132–139.
Ficken, T. (1976). *The use of songwriting in a psychiatric setting*. Journal of Music Therapy, 13(4), s. 163–172.
Flower, C. (1993). *Control and creativity – Music therapy with adolescents in secure care*. W: M. Heal, T. Wigram (red.). *Music therapy in health and education* (s. 40–
–45). London: Jessica Kingsley Publishers.
Freed, B. (1987). *Songwriting with the chemically dependent*. Music Therapy Perspectives, 4, s. 13–18.
Freyberger, H., Schneider, W., Stieglitz, R.-D. (red.). (2005). *Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
Fubini, E. (2002). *Historia estetyki muzycznej*. Kraków: Musica Iagellonica.
Galińska, E. (1977). *Psychoterapeutyczne założenia muzykoterapii i ich realizacja*. Psychoterapia, 22, s. 21–32.
Galińska, E. (1988). *Kierunki rozwojowe w polskiej muzykoterapii*. Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej we Wrocławiu, 45, s. 155–178.
Galińska, E. (1995). *Muzykoterapia*. W: A. Chodkowski (red.). *Encyklopedia muzyki* (s. 592–593). Warszawa: PWN.
Galińska, E. (2012). *Portret Muzyczny*. W: K. Stachyra (red.). *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii* (s. 64–78). Lublin: UMCS.

Gardstrom, S. (1999). *Music exposure and criminal behavior: perceptions of juvenile offenders*. Journal of Music Therapy, 26(3), s. 207–221.
Gaston, E.T. (1968). *Music in therapy*. Londyn: Collier-Macmillan.
Gold, C., Heldal, T.O., Dahle, T., Wigram, T. (2005). *Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. The Cochrane Database of Systematic Reviews*, DOI: 10.1002/14651858.CDoo4025.pub2.
Gold, C., Voracek, M., Wigram, T. (2004). *Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: A meta-analysis*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45(6), s. 1054–1063.
Gooding, L. (2011). *The effect of a music therapy social skills training program on improving social competence in children and adolescents with social skills deficits*. Journal of Music Therapy, 48(4), s. 440–462.
Goodman, R., Scott, S. (2000). *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wrocław: Urban & Partner.
Gordon, E.E. (1999). *Sekwencje uczenia się w muzyce. Umiejętności, zawartość i motywy*. Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW.
Gowensmith, W., Bloom, L. (1997). *The effects of heavy metal music on arousal and anger*. Journal of Music Therapy, 34(1), s. 33–45.
Hamburg, J., Clair, A. (2003). *The effects of a movement with music program on measures of balance and gait speed in healthy older adults*. Journal of Music Therapy, 40(3), s. 212–226.
Hamburg, J., Clair, A. (2008). *The effects of a Laban/Bartenieff-Based Movement Program with music on physical function measures in older adults*. Music Therapy Perspectives, 26(1), s. 30–37.
Hanser, S., Thompson, L. (1994). *Effects of a music therapy strategy on depressed older adults*. Journal of Gerontology, 49(6), s. 265–269.
Hays, T., Brights, R., Minichiello, V. (2002). *The contribution of music to positive aging: A review*. Journal of Aging and Identity, 7(3), s. 165–175.
Hibbin, J. (1991). *Group music therapy with a classroom of 6-8 year-old hyperactive-learning disabled children*. W: K.E. Bruscia (red.). *Case studies in music therapy* (s. 175–189). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
Hill, J. (1968). *The musical achievement of culturally deprived and advantaged children: a comparative study at the elementary level*. Journal of Music Therapy, 5(3), s. 77–84.
Hillecke, T., Nickel, A., Bolay, H.V. (2005). *Scientific perspectives on music therapy*. Annals of the New York Academy of Sciences, 1060, s. 271–282.
Hillenbrand, C. (2007). *Pedagogika zaburzeń zachowania*. Gdańsk: GWP.
Hirokawa, E. (2004). *Effects of music listening and relaxation instructions on arousal changes and the working memory task in older adults*. Journal of Music Therapy 41(2), s. 107–127.
Hodges, D.A. (2012). *Psycho-physiological measures*. W: P. Juslin, J. Sloboda (red.). *Handbook of music and emotion* (s. 279–312). Oxford: Oxford University Press.

Hong, M., Hussey, D., Heng, M. (1998). *Music therapy with children with severe emotional disturbances in a residential treatment setting*. Music Therapy Perspectives, 16(2), s. 61–66.
Houghton, B., Scovel, M., Smeltekop, R., Thaut, M., Unkefer, R., Wilson, B. (2005). *Taxonomy of clinical music therapy programs and techniques*. W: R. Unkefer, M. Thaut (red.). *Music therapy in the treatment of adults with mental disorders: theoretical bases and clinical interventions* (s. 185–206). Gilsum: Barcelona Publishers.
Humpal, M.E., Colwell, C. (2006). *Early childhood and school age. Educational setting. Using music to maximize learning*. Silver Spring: AMTA.
Hussey, D., Reed, A., Layman, D., Pasiali, V. (2007). *Music therapy and complex trauma: A protocol for developing social reciprocity*. Residential Treatment for Children & Youth, 24(1/2), s. 111–129.
Jackson, N.A. (2003). *A survey of music therapy methods and their role in the treatment of early elementary school children with ADHD*. Journal of Music Therapy, 40(4), s. 302–323.
Johnson, G., Otto, D., Clair, A. (2001). *The effect of instrumental and vocal music on adherence to a physical rehabilitation exercise program with persons who are elderly*. Journal of Music Therapy, 38(2), s. 82–96.
Johnson, J. (2003). *The use of music to promote sleep in older women*. Journal of Community Health Nursing, 20(1), s. 27–35.
Jones, J. (2005). *A comparison of songwriting and lyrics analysis techniques to evoke emotional change in a single session with a people who are chemically dependent*. Journal of Music Therapy, 42(2), s. 94–110.
Juslin, P., Sloboda, J. (red.). (2001). *Music and emotion*. New York: Oxford University Press.
Justice, R. (1994). *Music therapy interventions for people with eating disorders in an inpatient setting*. Music Therapy Perspectives, 12(2), s. 104–110.
Kamińska, B. (2001). *Miejsce muzyki w życiu młodzieży*. W: M. Manturzewska (red.). *Psychologiczne podstawy kształcenia muzycznego* (s. 63–8*4*). Warszawa: Akademia Muzyczna im. F. Chopina.
Kaszczyszyn, R. (1991). *Możliwości wykorzystania muzyki w procesie resocjalizacji*. Szkoła Specjalna, 4, s. 187–196.
Kataryńczuk-Mania, L. (red.). (2007). *Terapia dźwiękiem*. Zielona Góra: Uniwersytet Zielonogórski.
Katz, R. (2005). *Family relationships and criminal behavior*. W: R.A. Wright, J.M. Miller (red.). *Encyclopedia of criminology* (s. 539–543). New York: Routledge.
Kehle, T., Bray, M., Theodore, L., Zhou, Z., McCoatch, D.B. (2004). *Emotional disturbance/social maladjustment: why is the incidence increasing?* Psychology in Schools, 41(8), s. 861–865.
Kierył, M. (1996). *Elementy terapii i profilaktyki muzycznej*. Warszawa.
Kivland, M. (1986). *The use of music to increase self-esteem in a conduct disordered adolescent*. Journal of Music Therapy, 23(1), s. 25–29.

Koelsch, S. (2009). *A neuroscientific perspective on music therapy. The neurosciences and music III—Disorders and plasticity*. Annals of the New York Academy of Sciences, 1169, s. 374–384.
Koger, S., Chapin, K., Brotons, M. (1999). *Is music therapy an effective intervention for dementia? A meta-analytic review of literature*. Journal of Music Therapy, 36(1), s. 2–18.
Kołodziejska, W. (2010). *Rola muzykoterapii w kształtowaniu prawidłowych postaw emocjonalnych dzieci z Domu Dziecka w Jaworznie*. W: P. Cylulko, J. Gładyszewska-Cylulko (red.). *Muzykoterapia – tożsamość – transgresja – transdyscyplinarność* (s. 171–172). Wrocław: Akademia Muzyczna im. K. Lipińskiego, Stowarzyszenie Muzykoterapeutów Polskich.
Konaszkiewicz, Z. (1994). *Dziecko niepełnosprawne i muzyka*. Warszawa: Akademia Muzyczna im. F. Chopina.
Konaszkiewicz, Z. (2001). *Szkice z pedagogiki muzycznej*. Warszawa: Akademia Muzyczna im. F. Chopina.
Konaszkiewicz, Z. (2004). *Opinie młodzieży niepełnosprawnej na temat kontaktów z muzyką*. W: Z. Konaszkiewicz (red.). *Muzyka w życiu osób niepełnosprawnych* (s. 25–44). Warszawa: Akademia Muzyczna im. F. Chopina.
Konieczna-Nowak, L. (2012). *Muzykoterapia a funkcjonowanie społeczne dzieci i młodzieży z zaburzeniami emocji i zachowania*. Rozprawa doktorska. Warszawa: Uniwersytet Muzyczny Fryderyka Chopina.
Konopczyński, M. (1996). *Twórcza resocjalizacja. Wybrane metody pomocy dzieciom i młodzieży*. Warszawa: MEN Editions Spotkania.
Konopnicki, J. (1971). *Niedostosowanie społeczne*. Warszawa: PWN.
Kopacz, M. (1997). *Wpływ muzykoterapii na obniżenie poziomu agresji u dorastającej młodzieży*. Psychoterapia, 4, s. 45–50.
Krasoń, K. (2010). *Znak w teatrze dziecięcym jako forma poznawania i rozumienia świata*. W: K. Krasoń, M. Kleszcz, A. Wąsiński (red.). *Transgresyjna istota kreacji* (s. 113–124). Bielsko-Biała: Wyższa Szkoła Administracji.
Krasoń, K., Mazepa-Domagała, B. (2003). *Przestrzenie sztuki dziecka. Strategia intersemiotycznego i polisensorycznego wsparcia jednostek o obniżonej sprawności intelektualnej*. Katowice: Wydawnictwo „Librus".
Krasoń, K., Szafraniec, G. (2002). *Dwa światy. Ruch dyrektywny i niedyrektywny jako wizualizacja – odkrywanie – poznawanie*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls".
Krywult, E. (1987). *Zaburzenia zachowania młodzieży a perspektywa modeli zintegrowanej profilaktyki*. Bielsko-Biała: Instytut Kształcenia Nauczycieli im. W. Spasowskiego.
Kukiełczyńska-Krawczyk, K. (2012). *Muzykoterapia zaburzeń nerwicowych*. W: K. Stachyra (red.). *Podstawy muzykoterapii* (s. 203–212). Lublin: UMCS.
Lamont, A. (2009). *Music in the school years*. W: S. Hallam, I. Cross, M. Thaut (red.). *The oxford handbook of music psychology* (s. 235–243). Oxford: Oxford University Press.

Layman, D., Hussey, D., Laing, S. (2002a). *Foster care trends in the United States: Ramifications for music therapists*. Music Therapy Perspectives, 20(2), s. 38–46.
Layman, D., Hussey, D., Laing, S. (2002b). *Music therapy assessment for severely emotionally disturbed children: A pilot study*. Journal of Music Therapy, 39(3), s. 167–184.
Lecourt, E. (2008). *Muzykoterapia czyli jak wykorzystać siłę dźwięków*. Katowice: Videograf II.
Levitin, D., Tirovolas, A. (2009). *Current advances in the cognitive neuroscience of music.* The Year in Cognitive Neuroscience, Annals of the New York Academy of Sciences, 1156, s. 211–231.
Lewandowska, K. (1996). *Muzykoterapia dziecięca. Zbiór rozpraw z psychologii muzycznej dziecka i muzykoterapii dziecięcej*. Gdańsk.
Madsen, C. (2012). *Muzykoterapia behawioralna*. W: K. Stachyra (red.). *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii* (s. 58–62). Lublin: UMCS.
Madsen, C., Cotter, V., Madsen, Ch. (1968). *A behavioral approach to music therapy*. Journal of Music Therapy, 5(3), s. 69–71.
Madsen, C., Madsen, Ch. (1968). *Music as a behavior modification technique with a juvenile delinquent*. Journal of Music Therapy, 5(3), s. 72–76.
Manturzewska, M., Kamińska, B. (1990). *Rozwój muzyczny człowieka*. W: M. Manturzewska, H. Kotarska (red.). *Wybrane zagadnienia z psychologii muzyki* (s. 25–50). Warszawa: WSiP.
Matuszak, L. (2007). *Terapia dźwiękiem dzieci ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się*. W: L. Kataryńczuk-Mania (red.). *Terapia dźwiękiem* (s. 85–92). Zielona Góra: Uniwersytet Zielonogórski.
McFerran, K. (2010). *Adolescents, music and music therapy. Methods and techniques for clinicians, educators and students*. London: Jessica Kingsley Publishers.
Meadows, A. (2005). *Client assessment*. W: B. Wheeler, C. Shultis, D. Polen (red.). *Clinical training guide for the student music therapist* (s. 27–56). Gilsum: Barcelona Publishers.
Merrel, K., Walker, H. (2004). *Deconstructing a definition: social maladjustment versus emotional disturbance and moving the EBD field forward*. Psychology in Schools, 41(8), s. 899–910.
Metera, A. (2006). *Muzykoterapia. Muzyka w medycynie i edukacji*. Leszno: Wydawnictwo Metronom.
Meyer, L.B. (1974). *Emocja i znaczenie w muzyce*. Kraków: Polskie Wydawnictwa Muzyczne.
Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja 10, tom I. (2006). Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius".
Miranda, D., Cleas, M. (2007a). *Musical preferences and depression in adolescence*. International Journal of Adolescence and Youth, 13, s. 285–309.

Miranda, D., Cleas, M. (2007b). *Personality trait, music preferences and depression in adolescence*. International Journal of Adolescence and Youth, 14, s. 277–298.
Mohammadi, A., Shahabi, T., Panah, F. (2011). *An evaluation of the effect of group music therapy on stress, anxiety and depression levels in nursing home residents*. Canadian Journal of Music Therapy, 17(1), s. 55–68.
Montello, L.M., Coons, E.E. (1998). *Effect of active versus passive group music therapy on preadolescents with emotional, learning, and behavioral disorders*. Journal of Music Therapy, 35, s. 49–67.
Natanson, T. (1979). *Wstęp do nauki o muzykoterapii*. Wrocław – Warszawa – Kraków – Gdańsk: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
Natanson, T. (1988). *Muzyczna profilaktyka w procesie nauczania – wychowania. Wybrane refleksje teoretyczne*. Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej im. K. Lipińskiego we Wrocławiu, 45, s. 121–127.
Natanson, T. (1992). *Programowanie muzyki terapeutycznej*. Wrocław: Akademia Muzyczna.
Nocker-Ribaupierre, M., Wolf, A. (2010). *Music to counter violence: a preventative approach for working with adolescents in schools*. Nordic Journal of Music Therapy, 19(2), s. 151–161.
Nordoff, P., Robbins, C. (2007). *Creative Music Therapy: a guide to fostering clinical musicianship*. Gilsum: Barcelona Publishers.
Nordoff, P., Robbins, C. (2008). *Terapia muzyką w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi.* Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls".
Oliver, S., Thaut, M., Moore, K. (2008). *Medical coding and records manual: Neurologic Music Therapy*. Colorado: „Robert F. Unkefer" Academy of Neurologic Music Therapy.
Parker, A. (2007). *Music and imagery*. W: B. Crowe, C. Colwell (red.). *Music therapy for children, adolescents and adults with mental disorders* (s. 93–109). Silver Spring: AMTA.
Pavlicevic, M., Trevarthen, C., Duncan, J. (1994). *Improvisational music therapy and the rehabilitation of persons suffering from chronic schizophrenia*. Journal of Music Therapy, 31(2), s. 86–104.
Piątkowski, D. (red.). (2005). *Encyklopedia muzyki popularnej. Jazz*. Poznań: Oficyna Wydawnicza „Atena".
Plener, P., Sukale, T., Ludolph, A., Stegemann, T. (2010). *„Stop cutting--rock!": A pilot study of a music therapeutic program for self-injuring adolescents*. Music and Medicine, 2, s. 59–65.
Pużyński, S., Wciórka, J. (red.). (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków – Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius".
Ragland, Z., Apprey, M. (1974). *Community music therapy with adolescents*. Journal of Music Therapy, 10(3), s. 147–153.

Reber, A., Reber, E. (2002). *Słownik psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
Rickson, D.J. (2006). *Instructional and improvisational models of music therapy with adolescents who have ADHD: A comparison of the effects on motor impulsivity*. Journal of Music Therapy, 43(1), s. 39–62.
Rickson, D.J., Watkins, W.G. (2003). *Music therapy to promote prosocial behaviors in aggressive adolescent boys – pilot study*. Journal of Music Therapy, 40(4), s. 283–301.
Robarts, J. (2006). *Music therapy with sexually abused children*. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 11(2), s. 249–269.
Rymaszewska, J., Dobrzyńska, E., Kiejna, A. (2006). *Funkcjonowanie społeczne i niesprawność społeczna – definicje, narzędzia oraz znaczenie kliniczne w psychiatrii*. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 15(2), s. 99–104.
Sausser, S., Waller, R. (2006). *A model for music therapy with students with emotional and behavioral disorders*. The Arts in Psychotherapy, 33, s. 1–10.
Scheel, K., Westfeld, J. (1999). *Heavy metal music and adolescent suicidality: An empirical investigation*. Adolescence, 34(134), s. 253–273.
Schmidt, J. (1986). *Songwriting as a therapeutic procedure*. Music Therapy Perspectives, 1(2), s. 4–7.
Silverman, M.J. (2003a). *Music therapy and clients who are chemically dependent: A review of literature and pilot study*. The Arts in Psychotherapy, 30, s. 273–281.
Silverman, M.J. (2003b). *The influence of music on the symptoms of psychosis: A meta-analysis*. Journal of Music Therapy, 40(1), s. 27–40.
Silverman, M.J. (2006). *Psychiatric patients' perception of music therapy and other psychoeducational programming*. Journal of Music Therapy, 43(2), s. 111–122.
Silverman, M.J. (2007). *Evaluating current trends in psychiatric music therapy: A descriptive analysis*. Journal of Music Therapy, 44(4), s. 388–414.
Silverman, M.J. (2013). *Effects of group songwriting on depression and quality of life in acute psychiatric inpatients: A randomized three group effectiveness study*. Nordic Journal of Music Therapy, 22(2), s. 131–148.
Sloboda, J. (2002). *Umysł muzyczny. Poznawcza psychologia muzyki*. Warszawa: Akademia Muzyczna im. F. Chopina.
Smith, D. (2008). *Pedagogika specjalna. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Snow, S., D'Amico, M. (2010). *The drum circle project: A qualitative study with at-risk youth in a school setting*. Canadian Journal of Music Therapy / Revue Canadienne de Musicothérapie, 16(1), s. 12–39.
Socewicz-Zając, A. (1988). *Badanie zdolności muzycznych u dzieci o różnym poziomie rozwoju intelektualnego*. Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej im. K. Lipińskiego we Wrocławiu, 45, s. 111–120.
Soshensky, R. (2007). *Music therapy with children with emotional disturbances*. W: B.J. Crowe, C. Colwell (red.). *Music therapy for children, adolescents, and*

adults with mental disorders. Using music to maximize mental health (s. 206–223). Silver Spring: American Music Therapy.
Stachyra, K. (2008). *Rola muzyki i wyobraźni w muzykoterapii metodą Guided Imagery and Music (GIM)*. Psychoterapia, 2(145), s. 63–68.
Stachyra, K. (2009a). *Muzykoterapia i wizualizacja w rozwijaniu kompetencji emocjonalnych studentów pedagogiki*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
Stachyra, K. (2009b). *Rola muzykoterapii w resocjalizacji nieletnich*. W: A. Rejzner, P. Szczepaniak (red.). *Terapia w resocjalizacji* (s. 217–226). Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
Stachyra, K. (red.). (2012a). *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii*. Lublin: UMCS.
Stachyra, K. (2012b). *Podstawy muzykoterapii*. Lublin: UMCS.
Stańko, M. (2008). *Uczestnicy, metody i efekty arteterapii – synteza badań*. W: W. Karolak, B. Kaczorowska (red.). *Arteterapia w medycynie i edukacji* (s. 185–197). Łódź: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna.
Stodolska-Cieślik, B. (2000). *Zainteresowania i wrażliwość muzyczna młodzieży niedostosowanej społecznie*. W: S. Sidorowicz, P. Cylulko (red.). *Muzykoterapia w agresji, lęku i cierpieniu* (s. 131–136). Zeszyty Naukowe AM, 76. Wrocław: Akademia Muzyczna.
Strehlow, G. (2009). *The use of music therapy in treating sexually abused children*. Nordic Journal of Music Therapy, 18(2), s. 167–183.
Swick, K. (2005). *Preventing violence through empathy development in families*. Early Childhood Education Journal, 33(1), s. 53–59.
Takahashi, T., Matsushita, H. (2006). *Long-term effects of music therapy on elderly with moderate/severe dementia*. Journal of Music Therapy, 43, s. 246–259.
Tang, W., Yao, X., Zheng, Z. (1994). *Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia: A one-month randomised controlled trial in Shanghai*. British Journal of Psychiatry, 165(suppl. 24), s. 38–44.
Tervo, J. (2001). *Music therapy for adolescents*. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 6(1), s. 79–91.
Thaut, C. (1999). *Training manual for neurologic music therapy*. Fort Collins: Colorado State University.
Thaut, M. (2005). *Rhythm, music and the brain: Scientific foundations and clinical applications*. New York: Routledge.
Took, K., Weiss, D. (1994). *The relationship between heavy metal and rap music and adolescent turmoil: Real or artifact?* Adolescence, 29, s. 613–621.
Trondalen, G. (2005). *„Significant moments" in music therapy with young persons suffering from Anorexia Nervosa*. Music Therapy Today, 6(3), s. 369–429.
Unkefer, R., Thaut, M. (2005). *Music therapy in the treatment of adults with mental disorders: theoretical bases and clinical interventions*. Gilsum: Barcelona Publishers.

Urban, B. (2000). *Zaburzenia w zachowaniu i przestępczość młodzieży*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
Wciórka, J. (red.). (2008). *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Wrocław: Urban & Partner.
Wheeler, B. (2010). *Psychoterapeutyczna klasyfikacja praktyk muzykoterapeutycznych – kontinuum procedur*. Terapia przez Sztukę, 1(2), s. 3–9.
Wheeler, B., Shultis, C., Polen, D. (red.). (2005). *Clinical training guide for the student music therapist*. Gilsum: Barcelona Publishers.
Wigram, T. (1996). *The effect of Vibroacoustic Therapy on clinical and non-clinical populations*. PhD. Psychology Research Thesis. London: University of London.
Wigram, T. (2004). *Improvisation: methods and techniques for Music Therapy clinicians, educators and students*. New York: Jessica Kingsley Publishers.
Wigram, T., Pedersen, I.N., Bonde, L.O. (2004). *A comprehensive guide to music therapy*, Londyn – Filadelfia: Jessica Kingsley Publishers.
Wooten, M. (1992). *Towards a group analytic music therapy*. Music Therapy Perspectives, 10(2), s. 93–98.
Wyatt, J.G. (2002). *From the field: clinical resources for music therapy with juvenile offenders*. Music Therapy Perspectives, 20(2), s. 80–88.
Wysocka, E. (2009). *Diagnoza w resocjalizacji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Zimbardo, P. (1999). *Psychologia i życie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Ziv, N., Granot, A., Hai, S., Dassa, A., Haimov, I. (2007). *The effect of background stimulative music on behavior in Alzheimer's patients*. Journal of Music Therapy, 44, s. 329–343.
Żychowska, T. (1983). *Wychowawcze funkcje muzyki w resocjalizacji nieletnich*. Warszawa: Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji UW.

Źródła internetowe

Bauer, S. (2010). *Music therapy and eating disorders. A single case study about the sound of human Needs*. Voices, 2. Dostęp 28 listopada 2013, pobrano z: https://normt.uib.no/index.php/voices/article/viewArticle/258/214.
Bunt, L. (2004). *Mary Priestley interviewed by Leslie Bunt*. Voices, 4(2). Dostęp 28 listopada 2013, pobrano z: https://normt.uib.no/index.php/voices/article/view/180/139.
Encyklopedia PWN. (2013). Hasło: muzyka. Dostęp 28 listopada 2013, pobrano z: http://encyklopedia.pwn.pl/haslo.php?id=3944813.
Individuals with Disabilities Education Act (IDEA). (2004). Dostęp 28 listopada 2013, pobrano z: http://idea.ed.gov/.
What is music therapy? (2011a). FAQ – American Music Therapy Association. Dostęp 25 sierpnia 2011, pobrano z:

http://www.musictherapy.org/about/musictherapy/.
What is music therapy? (2011b). FAQ – Australian Music Therapy Association. Dostęp 25 sierpnia 2011, pobrano z: http://www.austmta.org.au/about/frequently-asked-questions/.
What is music therapy? (2011c). FAQ – World Federation of Music Therapy. Dostęp 25 sierpnia 2011, pobrano z: http://www.wfmt.info/WFMT/FAQ_Music_Therapy.html.

© Copyrightby Oficyna Wydawnicza "Impuls", Kraków 2013

Recenzent:
dr hab. Barbara Kamińska, prof. UMFC

Opracowanie typograficzne wersji elektronicznej:
Andrzej Augustyński

Projekt okładki:
Ewa Beniak-Haremska

ISBN wersji drukowanej: 978-83-7850-492-4

ISBN wesji elektronicznej: 978-83-7850-645-4

impuls

Ofi cyna Wydawnicza „Impuls”
30-619 Kraków, ul. Turniejowa 59/5
tel./fax: (12) 422 41 80, 422 59 47, 506 624 220
www.impulsofi cyna.com.pl, e-mail: impuls@impulsofi cyna.com.pl
Wydanie I, Kraków 2014